

THESE
POUR LE
DOCTORAT EN MEDECINE
(Diplôme d'Etat)
PAR

CHLEQ, François

Né le 23 Août 1936 à Saint - Dié (Vosges)

Interne des Hôpitaux de PARIS

PRÉSENTÉE ET SOUTENUE PUBLIQUEMENT LE

DES RESULTATS
DE LA
RESECTION ANTERIEURE DU RECTUM

à propos de 114 cas

PRESIDENT : MONSIEUR LE PROFESSEUR J. L. LORTAT JACOB

THESE
POUR LE
DOCTORAT EN MEDECINE
(Diplôme d'Etat)
P A R

CHLEQ, François

Né le 23 Août 1936 à Saint - Dié (Vosges)

Interne des Hôpitaux de PARIS

PRÉSENTÉE ET SOUTENUE PUBLIQUEMENT LE

DES RESULTATS
DE LA
RESECTION ANTERIEURE DU RECTUM

à propos de 114 cas

PRESIDENT : MONSIEUR LE PROFESSEUR J. L. LORTAT JACOB



A mes malades,

A mon épouse,

A mes parents,

A mes amis .



Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41550208_0005

A mon Maître,

Monsieur le Professeur J.L. LORTAT-JACOB
Professeur de Clinique Chirurgicale

Qui a bien voulu accepter la Présidence
de cette thèse,

Qu'il trouve ici le témoignage de mon admiration
et de mon profond respect .

A Monsieur le Docteur A. MOUCHET,
Chirurgien des Hôpitaux de PARIS,
Chef de Service à l'Hôpital FOCH,

Qui m'a confié ce travail,

Son enseignement lumineux, ses belles techniques chirurgicales
restent pour moi un précieux exemple .

A Monsieur le Professeur C.L. CHATELIN
Chirurgien des Hôpitaux de PARIS,
Chef de Service à l'Hôpital Princesse Grâce
de MONACO,

Il m'a accueilli dans son Service pendant deux
excellents semestres d'Internat,

En témoignage de ma reconnaissance .

A Monsieur le Professeur Gillos EDELMANN,
Chirurgien des Hôpitaux de PARIS,

qui m'a fait apprécier son sens clinique,
son style opératoire, son humanité,

Qu'il soit assuré de ma gratitude .

A Messieurs les Docteurs J. MARQUAND et M. GUIVARCH

qui ont bien voulu m'aider dans ce travail,

Qu'ils trouvent ici l'expression de mes sentiments
amicaux .

A mes Maîtres d'Externat :

Monsieur le Professeur AMELINE,
Monsieur le Professeur J. FAUREL, In memoriam
Monsieur le Professeur H. REDON,
Monsieur le Professeur F. SIGUIER,
Monsieur le Professeur Cl. LAROCHE,
Monsieur le Professeur J. MARIE,
Monsieur le Docteur R. EVEN .

A mes Maîtres d'Internat :

Monsieur le Professeur Ph. MONOD-BROCA,
Monsieur le Professeur Ch. DUBOST,
Monsieur le Docteur Cl. DUFOURMENTEL,
Monsieur le Professeur C.L. CHATELIN,
Monsieur le Professeur M. CHAMPEAU, In memoriam
Monsieur le Professeur G. EDELMANN,
Monsieur le Professeur J.L. LORTAT-JACOB,
Monsieur le Docteur A. MOUCHET,
Monsieur le Docteur M. BITKER, Professeur Agrégé .

A mes Maîtres dans les Hôpitaux :

Monsieur le Docteur A. TOUPET,
Monsieur le Docteur J. CHABROL,
Monsieur le Docteur R. MOULY,
Monsieur le Docteur C. d'ALLAINES, Professeur Agrégé,
Monsieur le Professeur J. BLONDEAU,
Monsieur le Docteur A. CACHERA, Professeur Agrégé,
Monsieur le Docteur A. PIWNICA, Professeur Agrégé,
Monsieur le Docteur P. PINEAU,
Monsieur le Docteur M. ARSAC, Professeur Agrégé,
Monsieur le Docteur Ph. BOUTELLIER, Professeur Agrégé,
Monsieur le Docteur J.N. MAILLARD, Professeur Agrégé,
Monsieur le Docteur F. FEKETE, Professeur Agrégé,
Monsieur le Docteur C. RICHARD, Chirurgien des Hôpitaux .

INTRODUCTION

Le meilleur traitement chirurgical pour les cancers du haut rectum et du recto-sigmoïde reste encore un sujet de controverse .

Réaliser une conservation sphinctérienne et éviter l'infirmité d'un anus iliaque gauche définitif est évidemment l'objectif du chirurgien.

Il est aujourd'hui admis que la résection recto-sigmoïdienne par voie abdominale, "anterior resection" des auteurs anglo-saxons conservant l'appareil sensitivo-moteur ano-sphinctérien avec la muqueuse du canal anal et du bas rectum donne les meilleurs résultats fonctionnels . En est-il de même des résultats carcinologiques ? Les récurrences locales, en particulier sur l'anastomose, n'apportent-elles pas une note péjorative ? C'est ce que nous tenterons d'analyser dans la série de 114 résections antérieures pratiquées dans le Service de notre Maître, le Docteur MOUCHET, à l'Hôpital FOCH, ainsi qu'en clientèle privée, de 1950 à 1969 inclus, soit sur près de vingt ans . Cette série fait suite à celle de CASNIER comportant les 59 premiers cas . Elle est l'oeuvre d'une équipe chirurgicale homogène qui a toujours eu recours à des techniques identiques (à quelques détails près). C'est ce qui fait sa valeur .

- QUE DOIT-ON ENTENDRE PAR "RESECTION ANTERIEURE" OU MIEUX

RECTO-SIGMOÏDECTOMIE ?

Nous avons retenu sous le terme de résection antérieure les exérèses de néoplasmes du haut rectum et de la charnière recto-sigmoïdienne :

- pratiquée par voie abdominale pure,
- dont la section passe obligatoirement en tissu rectal sous-péritonéal,
- avec rétablissement immédiat de la continuité par anastomose colo-rectale, cette anastomose se trouvant extra-péritonisée, au moins partiellement,
- que l'intervention soit pratiquée de façon "idéale" ou associée, ou précédée d'une dérivation temporaire d'amont. (Il y a peu de dérivations d'amont),
- que l'étendue de l'exérèse colique réponde :
 - . à une hémicolectomie gauche vraie avec ligature de l'artère mésentérique inférieure à son origine sur l'aorte, et de la veine mésentérique au bord inférieur du pancréas, avec mobilisation de l'angle colique gauche ,

. ou à une hémicolectomie gauche segmentaire avec ligature plus basse du pédicule hémorroïdal supérieur associée à la ligature d'une ou plusieurs artères sigmoïdiennes .

- le siège de la tumeur par rapport à la marge anale se situe entre des limites extrêmes allant de 5 à 16 cm par rapport à la marge de l'anus.

Dans les deux cas, les chaînes lymphatiques hémorroïdales moyennes sont laissées en place avec l'atmosphère cellulaire péri-rectale du rectum sous-péritonéal . Mais l'exérèse paraît néanmoins carcinologiquement suffisante puis - qu'il est démontré que l'envahissement lymphatique des cancers du rectum est essentiellement ascendant vers les ganglions hémorroïdaux supérieurs et mésentériques inférieurs, et l'on admet que la diffusion intra-pariétale de la tumeur ne dépasse pas en sous rétrograde quelques centimètres (de 6 à 8 suivant les auteurs). Donc, à condition de garder une marge de sécurité suffisante, c'est à dire de n'appliquer cette exérèse conservatrice qu'à des tumeurs recto-sigmoïdiennes et du haut rectum suffisamment hautes, l'intervention paraît carcinologiquement défendable .

Quelles sont les limites à ne pas dépasser vers le bas ?

Nous les avons étudiées tout particulièrement, et la corrélation entre récurrence locale et résection antérieure conservatrice pour tumeur rectale trop bas située ressort assez nettement dans l'analyse de nos résultats, comme nous le verrons .

Sans reprendre un historique trop lourd pour être complet, nous mentionnerons néanmoins :

D'abord la tentative de MAUNSELL en 1852, puis la première résection antérieure pratiquée par TREDELENBOURG en 1897, l'intervention est reprise et recommandée par SCHLOEFFER en 1904, puis par TIXIE de LYON, en 1926 et LECENE et CUNEO à PARIS .

Il est utile de rappeler aussi la description technique codifiée par SENEQUE et ROUX en 1950, les résultats de la longue série de SANTI dans la thèse de REPLUMAZ (1950), puis les interventions à l'Académie de Chirurgie de LORTAT-JACOB en 1954 et de MOUCHET en 1957, suivies d'une discussion animée .

Enfin, en 1965, le Colloque PARIS-LILLE fait le point sur les résultats du traitement chirurgical du cancer du rectum :

- LAGACHE et ses Collaborateurs rapportent les résultats globaux.

- COUVELAIRE, d'une part, WEMEAU et MAZEMAN de l'autre, précisent les problèmes urologiques .

Schéma de la Résection antérieure avec hémicolectomie gauche vraie :

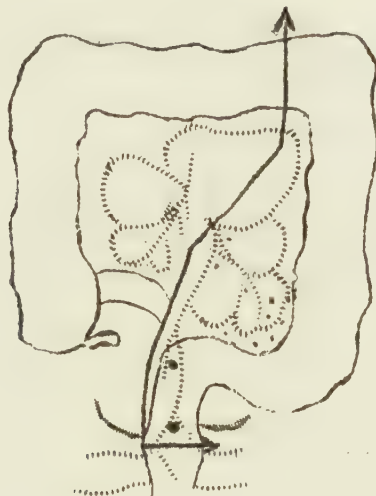
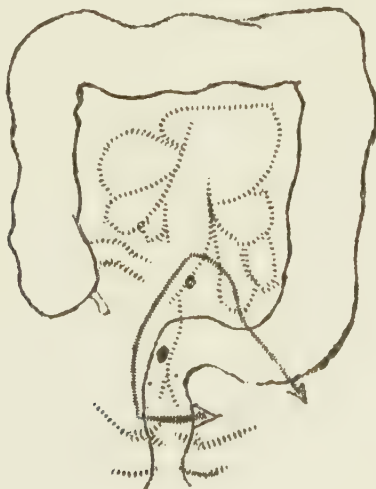


Schéma de la Résection antérieure avec hémicolectomie segmentaire :



- Cl. HOUDARD et R.P. BUFFIN font le point sur les résultats de la conservation sphinctérienne .

- M. PARTURIER-ALBOT et le Professeur Cl. OLIVIER s'attachent aux résultats de la radiothérapie de contact .

- Prennent part aux discussions :

le Docteur AUDOUIN, le Professeur CHAMPEAU, le Professeur E. DELANNOY, le Professeur J. LOYCUE, le Docteur MOUCHET, le Professeur PERROTIN, le Docteur RENE, le Professeur M. ROUX, le Docteur ROY, le Professeur THOMERET, le Dr. A. TOUPET et le Professeur VERHAEGHE .

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

I.- SIEGE DE LA TUMEUR

Apprécier le siège de la tumeur est évidemment fondamental pour la discussion de l'indication opératoire .

Il est possible de déterminer le siège des cancers essentiellement de trois façons :

- Cliniquement par le toucher rectal,
- Instrumentalement par le rectoscope,
- Opératoirement à ventre ouvert sur le rectum en place .

Plus accessoirement, le lavement baryté peut donner des prévisions lui aussi .

Que peut-on attendre de ces différentes méthodes ? Quelle marge d'erreur comportent-elles chacune ?

1° - LE TOUCHER RECTAL DONNE DÉJÀ UNE APPRÉCIATION UTILE,

ces données sont importantes, mais il ne faut pas oublier :

- que la tumeur implantée relativement haute et invaginée dans la lumière rectale peut devenir accessible au toucher rectal, et ainsi paraître plus basse qu'elle n'est en réalité .
- qu'une tumeur siégeant encore plus haut, à la jonction recto - sigmoïdienne par exemple, et prolabée dans le cul-de-sac de Douglas peut devenir accessible au toucher rectal à travers la paroi rectale saine .

Sur 114 cas de cancers du haut rectum traités par résection antérieure, la tumeur était :

- Exceptionnellement accessible au doigt : 7 fois, soit dans un peu plus de 6 % des cas .

- Dans un peu plus de la moitié des cas accessible à bout de doigt, le malade examiné en decubitus latéral gauche (60 cas sur 114, soit 53 %)/.
- Totalement inaccessible au doigt dans près d'un tiers des cas (30 sur 114, soit 26,5 %).
- Perçue à travers la paroi rectale saine, la tumeur haute étant prolabée dans le Douglas, dans 13 cas (soit 11,5 %).

Ces résultats se recoupent avec ceux des autres méthodes, avec les réserves indiquées plus haut .

2° - LA RECTOSCOPIE EST L'EXAMEN FONDAMENTAL POUR DONNER AVEC PRÉCISION LE SIÈGE DE LA TUMEUR

par rapport à la marge anale, mais elle n'est pas non exempte de possibilité d'erreur :

- soit que le tube du rectoscope refoule une tumeur mobile, entachant le résultat d'une erreur (faisant croire à une tumeur d'insertion plus élevée),
- soit, au contraire, que la rectoscopie estime la tumeur plus proche si elle est invaginée.

Dans les 108 cas où la rectoscopie a donné des résultats précis quant à la hauteur de la tumeur, nous relevons :

- entre 7 et 8 cm, 10 fois, soit un peu plus de 9 % des cas ,
- entre 9 et 10 cm, 21 fois, soit 19,5 %,
- entre 11 et 12 cm, 21 fois, soit 19,5 %,
- de 12 à 16 cm, 56 fois, soit 51 % .

En résumé, la tumeur est comprise entre 7 et 10 cm, soit de siège ampullaire moyen dans moins de trois cas sur 10 (29 %), entre 10 et 16 cm, soit de siège ampullaire haut dans un peu plus de 7 cas sur 10 (71 %).

Ces chiffres montrent que les indications de cette opération conservatrice du sphincter ont été poussées au maximum. YEHOUDA, ADAM, HEBERT-VOLK et DAVID STATE de la F.A.C.S. de NEW YORK font état, en Décembre 1957, d'une série de 117 résections antérieures pour lesquelles la lésion ne descendait jamais au-dessous de 10 cm de la marge anale (22 cm vers le haut) (leur taux de récurrences locales est de 11 % seulement).

HENRY K., RANSOM de l'University of MICHIGAN publient les résultats de 52 résections antérieures en 1961 (Annals of Surgery) et n'acceptent pas de lésions rectales plus basses que 10 à 12 cm (4 récurrences locales seulement).

IMPERATI et CAGETTI de ROME se donnent comme limite inférieure : 8-10 cm, dans une série de 41 cas .

Par contre, à la Mayo Clinic, des résections antérieures ont été pratiquées pour des lésions très basses, jusqu'à 5 cm, 5 à 24 cm avec 76,7 % des cas compris entre 5 et 14 cm (Charles W. MAYO ; P. KENT CULLEN - ROCHESTER, MINNESOTA).

PERROTIN, DUBOIS et du OUX, en 1961, 7 à 20 cm avec 27 cas sur 31 supérieurs à 10 cm.

BACON et NUGUID estiment que les indications de cette intervention ne doivent pas être portées pour des tumeurs situées à moins de 15 cm de la marge anale.

3° - C'EST L'EXPLORATION À VENTRE OUVERT QUI EN DERNIER RESSORT PRÉCISERA LE SIÈGE EXACT DE LA TUMEUR :

Là évidemment, il n'est plus question de situer le niveau du cancer par rapport à la marge de l'anus, mais par rapport à la réflexion du péritoine sur la face antérieure du rectum, c'est à dire le fond du cul de sac de Douglas .

Mais il s'agit là d'un repère qui connaît lui aussi des variations : Douglas profonds, tumeurs se laissant facilement remonter du fond du pelvis ...

Dans notre série de 114 résections antérieures, il a été possible de retrouver avec précision le siège du pôle inférieur du néoplasme par rapport à la réflexion péritonéale du Douglas dans 89 cas .

- dans 80 % des cas (72 cas), la tumeur est soit nettement au-dessus du Douglas (41 cas), soit elle affleure le Douglas (31 cas).
- dans 20 % (17 cas), elle siégeait au-dessous du cul de sac du Douglas .

4° - ENFIN, LE LAVEMENT BARYTÉ PEUT APPORTER DES
RENSEIGNEMENTS SUR LE SIÈGE DES CANCERS ,

mais les images de lacune ou de sténose ne donnent pas de notions topographiques très précises .

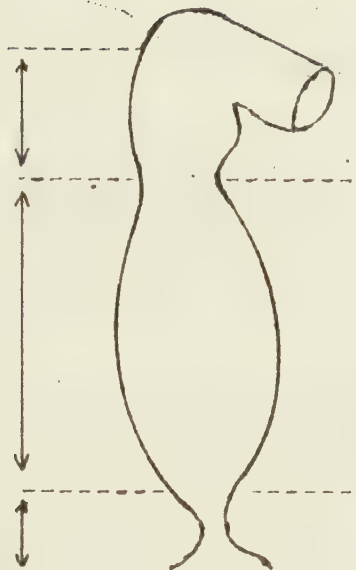
Tel n'est pas le rôle de cet examen, nous y reviendrons plus loin .

Nous étudierons au chapitre des récidives locales les relations qui existent entre le siège de la tumeur et le pronostic lointain des résections antérieures du rectum .

Rectosigmoïde 12-16 cm.

Rectum 5-12 cm.

Canal anal 0-5 cm.



56 de 12 à 16

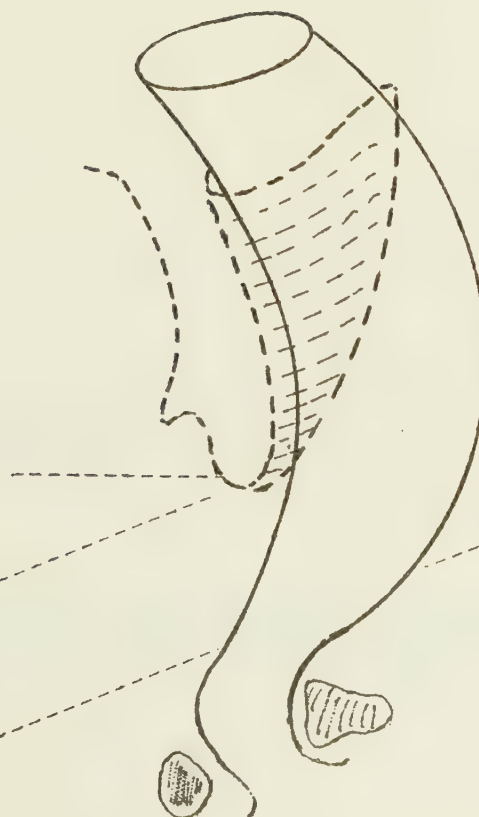
21 de 10 à 12

21 de 8 à 10

10 de 6 à 8 cm.

91 %

9 %



Dans 80 % des cas
tumeur au dessus
du Douglas.

(72 cas)

Dans 20 % des cas
la tumeur siège au
dessous du Douglas.

(17 cas)

II.- ASPECT MACROSCOPIQUE

1° - L'ASPECT MACROSCOPIQUE DE CES TUMEURS

est précisé par la rectoscopie pré-opératoire, et par l'examen de la pièce de résection .

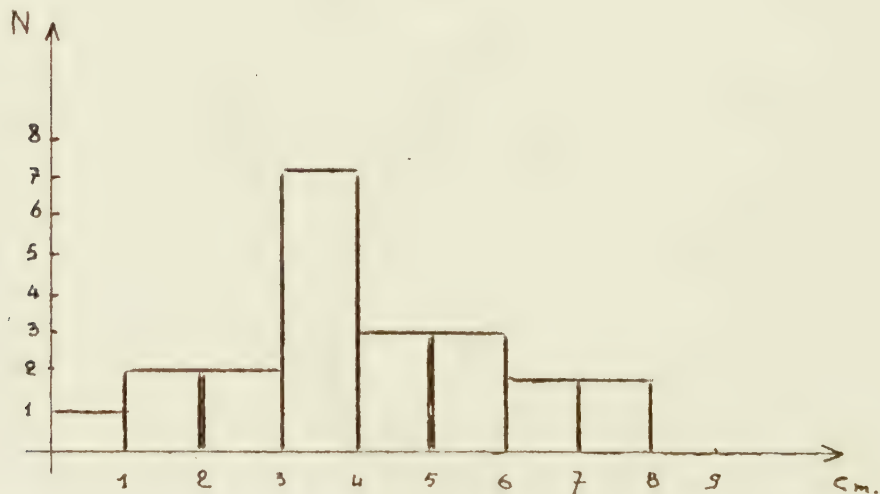
a.- Les tumeurs bourgeonnantes, ulcérées ou non, sont les plus fréquemment rencontrées : 80 fois sur 102, soit plus de 78 % des cas (78,4 %).

b.- Les tumeurs sans bourgeonnement sont rares : 9 cas sur 102, environ 9 % (8,7 %).

c.- On retrouve un taux assez élevé de tumeurs pédiculées d'aspect vilieux : presque 13 % (12,7 %), avec 13 tumeurs de ce type sur 102.

2° - LA TAILLE DE CES TUMEURS

a été mesurée en cm de façon régulière depuis 1962, elle se répartit comme suit :



On voit que le diamètre moyen de ces tumeurs se situe aux environs de 4-5 cm.

3° - LE SIÈGE D'IMPLANTATION DE LA TUMEUR EST PRÉCISÉ
PAR LA RECTOSCOPIE ET L'EXAMEN DE LA PIÈCE OPÉRATOIRE :

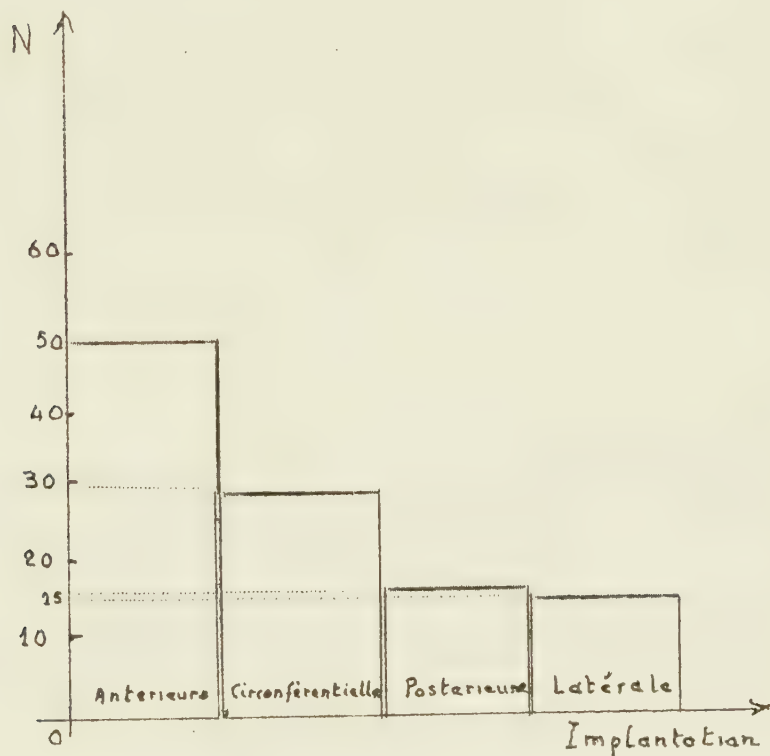
Il a été précisé dans 111 cas .

a.- FACE ANTERIEURE : 50 fois sur 111, soit 45 % des cas .

b.- FACE POSTERIEURE : 16 fois sur 111, soit 14 % des cas .

c.- FACES LATERALES DROITE ET GAUCHE : 15 fois sur 111, soit 13 %
des cas .

d.- VIROLE CIRCONFÉRENTIELLE : 30 fois sur 111, soit 27 % des cas .



On voit que la localisation à la face antérieure du haut rectum est franchement dominante . Pour les tumeurs circonférentielles, il est impossible d'apprécier avec certitude la zone d'implantation initiale .

III.- ASPECT MICROSCOPIQUE

Est précisé par les examens histologiques de toutes les pièces opératoires .

- 1° - Dans plus de 80 % des cas, il s'agit d'épithélioma glandulaire cylindrique : 93 cas sur 114 (soit 82 %).
 - 2° - Les tumeurs villeuses dégénérées ne sont pas rares : 14 % des cas (16 cas sur 114).
 - 3° - Exceptionnellement, il s'agit d'épithéliomas colloïdes : 4 cas, soit 3 % .
 - 4° - Relevons un épithélioma atypique indifférencié .
-

IV.- L' ENVAHISSEMENT CANCEREUX LOCAL

Il a été précisé par l'exploration chirurgicale de l'abdomen et à l'ouverture de la pièce opératoire .

1° - L'ENVAHISSEMENT CIRCONFÉRENTIEL

a été classé schématiquement suivant l'extension par quadrants :

- 1/4 de circonférence rectale envahie :

27 cas sur 110, soit 24,5 %

- 1/2 de circonférence rectale envahie :

29 cas sur 110, soit 26 %

- 3/4 de circonférence rectale envahie :

24 cas sur 110, soit 22 %

- virole circonférencielle :

30 cas, soit 27 % .

2° - L'ENVAHISSEMENT EN PROFONDEUR DES DIFFÉRENTES TUNIQUES

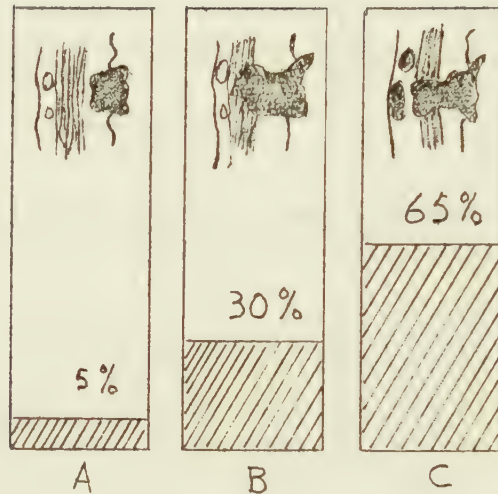
SELON LA CLASSIFICATION DE DUKES.

n'a été précisé régulièrement sur les compte-rendus histologiques que depuis quelques années . Nous pouvons faire état des résultats postérieurs aux années 1961, et de façon plus inconstante avant cette période :

- Type A : envahissement ne dépassant pas la muqueuse et la sous muqueuse : 2 cas sur 42, soit près de 5 % .

- Type B : atteinte intéressant muqueuse, sous-muqueuse et musculuse : 12 cas sur 42, soit près de 30 % .

- Type C : atteinte dépassant les trois tuniques rectales, y compris les ganglions para-rectaux : 28 cas sur 42, soit 65 % .



3° - LES ADHÉRENCES CANCÉREUSES AUX ORGANES VOISINS
SONT RELATIVEMENT FRÉQUENTES .

Nous en relevons 23 cas, qui se répartissent ainsi :

- a.- Extension au dôme vésical : 7 cas ,
- b.- Extension à l'atmosphère graisseuse péri-rectale : 6 fois,
- c.- Envahissement et perforation d'une anse intestinale : 2 fois,
- d.- Envahissement du péritoine du Douglas : 5 fois,
- e.- Extension à l'utérus ayant nécessité une hystérectomie "monobloc" : 3 fois .

4° - L'ENVAHISSEMENT CANCÉREUX EN HAUTEUR A ÉTÉ ÉTUDIÉ
DE FAÇON SYSTÉMATIQUE,

par vérification histologique de la tranche de section inférieure et de la recoupe.

- Tranche de section inférieure et recoupe histologiquement indemnes : 88 fois sur 91.
- Atteinte histologique de la tranche de section inférieure : 2 fois .
- Atteinte histologique de la tranche et de la recoupe : 2 fois .

Dans 3 des 4 cas avec extension histologique de la recoupe, la récurrence locale n'a pas tardé : 2 récurrences anastomotiques et une récurrence pelvienne diffuse . Dans le quatrième cas, le malade est toujours bien portant avec

un recul supérieur à 8 ans . Le fait que la recoupe soit histologiquement envahie n'implique pas que la tranche d'anastomose l'aît été aussi, mais que la section a porté au ras de la tumeur .

Ces chiffres sont en accord avec ceux cités par PERROTIN (1 fois sur 31 résections antérieures).

V.- L' ENVAHISSEMENT META STATIQUE

Sur 114 explorations chirurgicales, on relève :

- 10 métastases hépatiques (presque 9 %)
- 2 envahissements du Douglas .

VI.- L' ENVAHISSEMENT LYMPHATIQUE

Sur 99 cas, on a palpé des ganglions 67 fois, mais histologiquement l'envahissement n'a pas été prouvé que dans 18 cas, soit 18,2 % des cas . Ce qui ne signifie pas que l'envahissement ganglionnaire n'existait pas dans d'autres cas . En effet, les coupes histologiques peuvent très bien passer en zone saine, lorsque le ganglion n'est pas massivement envahi . Il n'y avait aucune adénopathie macroscopiquement prélevable dans 32 cas (32,3 %) mais il faut remarquer qu'il est impossible en per-opératoire de palper des adénopathies noyées dans la masse, ou cachées dans le tissu cellulaire. Seul l'examen de la pièce opératoire "éclaircie", tel qu'il est pratiqué par les auteurs américains, permet une étude complète de l'envahissement ganglionnaire (méthode de WESTHUES).

Il est donc très probable que certains envahissements ganglionnaires passent inaperçus, et ainsi notre pourcentage de 18 % est sensiblement inférieur à celui des publications d'outre Atlantique faisant état de taux supérieurs à 30 % le plus souvent (30,6 % dans les 106 résections antérieures de HENRY et RAMSON de l'Université de MICHIGAN, 33 % pour WHECLOCK sur 90 malades), 40,6 % pour MAYO sur 362 malades).

Quelle est la topographie des ganglions histologiquement envahis ?

Nous retrouvons isolées ou associées entre elles les localisations suivantes :

- 1° - Envahissement des ganglions para-rectaux ,
que nous dénommons aussi "ganglions distaux" : 8 fois sur les
9 cas où la topographie a été étudiée de façon précise, soit 86,6 % .
- 2° - Groupe hémorroïdal supérieur, ganglions du "hile du rectum" :
8 fois sur 9 aussi .
- 3° - Enfin, l'atteinte des ganglions centraux le long de l'artère
mésentérique inférieure (groupe principal) a été retrouvée 5
fois sur 9, soit dans 55 % des cas d'envahissement ganglion-
naire .

VII.- EN DÉFINITIVE,

LES CRITÈRES DE PRONOSTIC
HISTOLOGIQUE

se résument dans notre série au "grading" selon DUKES, d'autant plus péjoratif que la profondeur d'envahissement des différentes tuniques est importante .

Nous voudrions souligner, tout en déplorant leur absence dans cette série, l'intérêt d'autres critères de pronostic histologique,

- 1° - Passons rapidement sur le "grading" de BRODERS basé sur la différenciation cellulaire, d'appréciation toujours subjective .
- 2° - Insistons par contre sur celui de MARTIN et KAY, qui utilisent comme critère d'histo-pronostic le mode d'envahissement :

a.- variété infiltrante caractérisée par la progression de l'épithélioma dans les diverses tuniques sous forme de petits groupes cellulaires ou même de cellules isolées, de telle sorte qu'il n'est pas possible de délimiter par une ligne continue idéale la frontière entre les cellules saines et les points les plus distaux de l'envahissement .

b.- la variété "refoulante" : l'invasion se fait en refoulant et en déformant les structures de voisinage, la limite entre l'épithélioma et les tissus envahis est nette, formant une ligne continue . L'épithélioma est le plus souvent bordé par une bande plus ou moins large de collagène hyalien infiltré d'une façon variable par des cellules lympho-plasmocytaires .

c.- Il existe une variété intermédiaire "mixte" .

Les auteurs étudiant le pourcentage de survivants à cinq ans pour tous les cancers coliques et rectaux obtiennent les résultats suivants :

FORME	MOYENNE SURVIE EN MOIS :	SURVIE A CINQ ANS	% DES SURVIES A CINQ ANS
Infiltrant 32 cas	32	12	33 %
Mixte 14 cas	57	8	57 %
Refoulant 10 cas	60	8	90 %

A noter qu'il y a trois fois plus de formes "infiltrantes" que de formes "refoulantes" .

3° - La progression néoplasique par perméation lymphatique péri-
nerveuse :

Elle est souvent difficile à distinguer en raison de nombreuses images liées aux artéfacts de fixation .

4° - L'envahissement vasculaire :

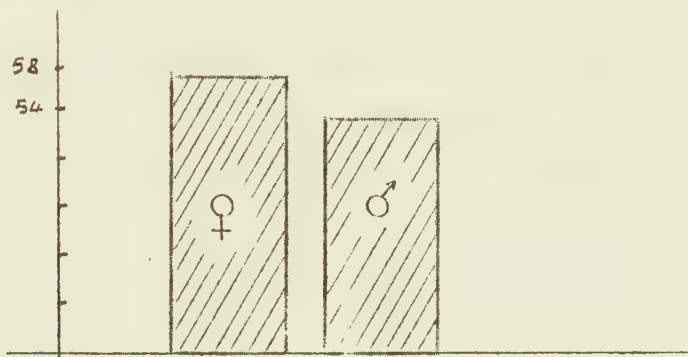
L'envahissement artériel ou veineux sur un plan de coupe est précisé sur un certain nombre de compte-rendus histologiques dans la série, mais de façon trop épisodique pour établir une statistique.

Le rôle de la dissémination hématogène et la valeur pronostique de la constatation sur coupes d'envahissement vasculaire sont bien connus .

ETIOLOGIE

I.- LE SEXE

Une discrète prédominance des cancers rectaux chez la femme est retrouvée dans la plupart des statistiques, nos résultats n'échappent pas à cette remarque avec 58 femmes contre 54 hommes, soit respectivement ~~54 et 46 %~~.



II.- L' AGE

Le plus grand nombre de cas se retrouve entre 55 et 75 ans avec 74 cas sur 114, soit près de 65 % des malades, avec un maximum entre 60 et 65 ans (24 opérés).

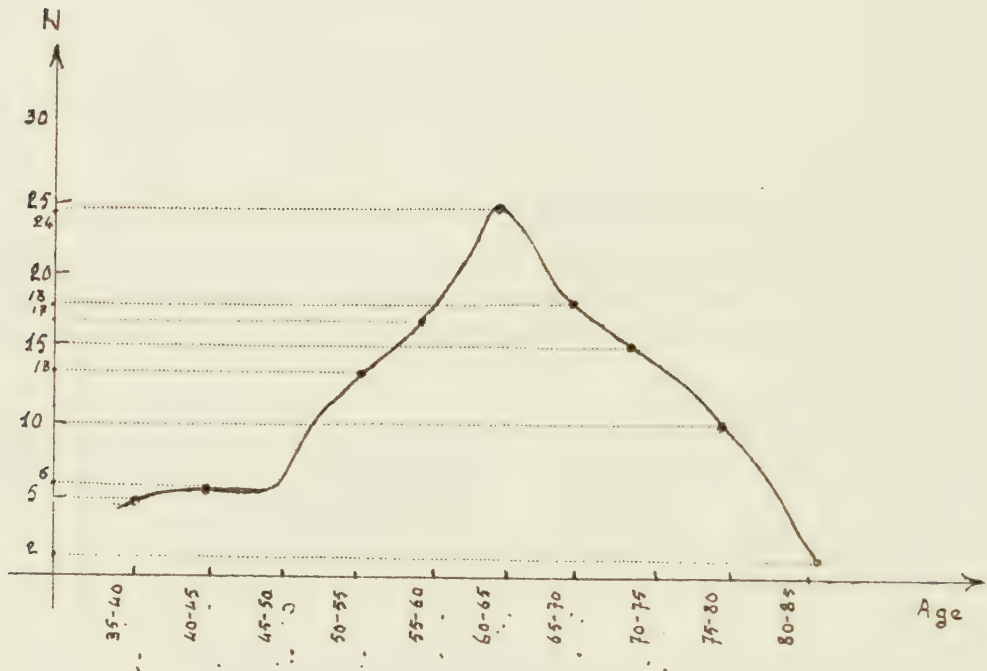
Nous relevons cinq malades entre 35 et 40 ans, mais aucun de moins de 35 ans dans cette série .

- 6 ont de 40 à 45 ans et 6 encore, de 46 à 50 ans .

La fréquence commence à s'élever à partir de 50 ans avec déjà 13 malades entre 50 et 55 ans .

Elle reste encore relativement forte entre 75 et 80 ans, avec 10 opérés.

La prédominance de cette affection chez des malades âgés de 50 à 75 ans est classique, comme pour tous les cancers digestifs .



On voit que la fréquence croît moins vite jusqu'à 65 ans, qu'elle ne décroît après 65 ans : 46 opérés ont moins de 60 ans, 68 ont dépassé la soixantaine .

III.- ANTECEDENTS DIGESTIFS ET FACTEURS PREDISPOSANTS

1° - CONSIDERONS D'ABORD LES HEMORROIDES QUI REPRESENTENT DAVANTAGE UN ELEMENT ASSOCIE QU'UN FACTEUR PREDISPOSANT .-

Mais il nous paraît important de le souligner, car dans un nombre important de cas, les hémorroïdes ont donné lieu à un traitement purement symptomatique médical de l'affection bénigne, sans que le cancer ait été recherché par les moyens élémentaires (toucher rectal, rectoscopie, lavement baryté). Elles sont indiscutablement responsables du retard au traitement chirurgical du cancer rectal dans 23 cas de notre série .

Ces 23 cas "d'hémorroïdes" indûment traitées représentent un malade sur cinq .

2° - NOUS MENTIONNERONS UN CAS DE COLITE AMIBIENNE traité depuis deux ans quand le néo rectal a été découvert . La preuve parasitologique de l'amibiase n'ayant pas été faite, il est très possible que cette "colite" ait été, en fait, la manifestation initiale du néoplasme .

3° - CHEZ 8 MALADES, NOUS RETROUVONS UNE COLITE DIVERTICULAIRE

Compte tenu de l'âge moyen, 8 cas sur 114, s o i t un peu moins de 10 %, c'est la fréquence habituelle des diverticuloses coliques .

4° - PLUS INTERESSANTE A RELEVER EST LA FREQUENCE DES TUMEURS VILLEUSES DEGENEREEES,

(Nous avons retenu les tumeurs villeuses encore reconnaissables histologiquement ou associées au néoplasme).

Nous notons 15 cas de tumeur villeuse sur 110 dossiers utilisables, soit près de 14 % .

5° - LES POLYPES ASSOCIES SONT, ON LE SAIT, D'UN GRAND INTERET dans la genèse de certaines "récidives" qui sont en fait de nouveaux cancers développés sur un colon porteur de polypes .

Nous relevons 11 polypes sur 110 cas, soit 10 % . C'est peu en regard de certaines statistiques comme celle de SWINTON, qui en relève 25 % .

SYMPTOMATOLOGIE

1.- NOUS N'INSISTERONS PAS SUR LES SIGNES RÉVÉLATEURS,

mais donnerons la fréquence avec laquelle ils se manifestent :

1° - LES RECTORRAGIES ARRIVENT LARGEMENT EN TÊTE
avec 91 cas sur 108, plus de 8 malades sur 10 ...

2° - LES TROUBLES DU TRANSIT,
diarrhée, constipation, alternance des deux ... sont moins fréquents : 58
fois sur 108, soit un peu plus d'une fois sur deux .

3° - L'EXISTENCE D'UN "SYNDROME RECTAL"
avec glaires, épreintes, ténésme, faux besoins, est venu révéler le
néoplasme 59 fois. Un peu plus d'une fois sur deux encore .

4° - L'ÉTAT GÉNÉRAL EST BIEN CONSERVÉ DANS LA MAJORITÉ DES CAS
(mise à part les tares pré-existantes).

Il y avait altération de l'état général 29 fois sur 108 dossiers
où cette rubrique est mentionnée . Cela fait 27 % .

Chez ces malades fatigués, un amaigrissement supérieur à 5 kg
est signalé 27 fois, soit dans 65 % des cas avec "altération de l'état
général" .

L'existence d'une anémie ou d'une hypoprotidémie est assez rare-
ment retrouvée : 11 cas d'anémie (G.R. inférieurs à 3.500.000), soit 10 %
des malades . Deux hypoprotidémies sévères .

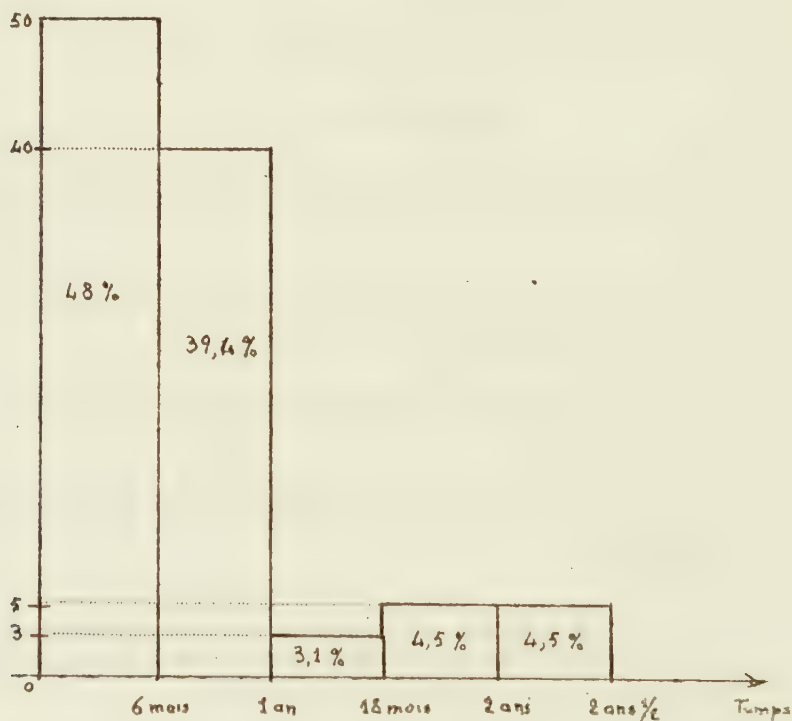
II.- QUELS SONT LES DÉLAIS ENTRE LE PREMIER SYMPTÔME
ET LA RÉSECTION ANTÉRIEURE ?

Ils s'étendent entre 20 jours et 34 mois, avec une moyenne de 5 mois et 10 jours.

- entre 1 et 6 mois, 50 opérés, soit près de 50 % (48 % exactement).

- de 6 mois à 1 an, 41 opérés sur 104, soit près de 40 % (39,4 %).

Mais trois malades ont été opérés entre 1 an et 18 mois après le premier symptôme (3 %), 5 malades entre 18 mois et 2 ans (5 %), et encore 5 malades ont perdu plus de deux ans avant d'accéder au traitement.



Temps écoulé entre le 1^{er} symptôme et l'intervention

III.- LES COMPLICATIONS RÉVÉLATRICES

1° - LES OCCLUSIONS COLIQUES

- 7 fois un accident occlusif est venu révéler le cancer, mais
- seulement 2 fois, un anus de dérivation préalable a été nécessaire,
 - dans les 5 autres cas, l'occlusion a cédé sous simple traitement médical et réanimation .

2° - LES FISSURATIONS TUMORALES OU DIASTATIQUES, LES ABCES PERI-NEOPLASIQUES :

7 fois encore il y a eu des manifestations à type de douleurs pelviennes, fièvre et leucocytose . Dans un cas, il s'agissait d'une perforation tumorale au niveau de la tumeur elle-même .

Cette analyse confirme donc un taux relativement peu élevé de complications révélatrices .

LES EXAMENS COMPLEMENTAIRES

I.- LA RECTOSCOPIE

Est l'examen nécessaire pour préciser le siège de la tumeur par rapport à la ligne ano-cutanée, nous l'avons vu . Elle a été réalisée chez 83 de nos malades, soit 77 % des opérés . 3 malades sur 4 ont donc subi une rectoscopie ayant permis en outre une biopsie .

II.- LA BIOPSIE

- 4 fois sur 5, elle a confirmé d'emblée le diagnostic, et précisé la forme histologique .
- Mais 1 fois sur 5, le premier examen n'était pas concluant, et il le fut au second prélèvement dans 6 cas . Dans 13 cas, la biopsie n'a pas été reproduite et l'examen histologique de la pièce opératoire a confirmé le diagnostic (Il s'agissait de tumeurs volumineuses et on a voulu éviter de faire saigner la lésion).

Affirmer la dégénérescence maligne n'est pas toujours évident, du moins au premier examen. C'est le cas de certaines tumeurs villeuses dont on ne sait pas si elles sont ou non dégénérées, ou devant un petit épithélioma au stade initial . Dans de tels cas, une première biopsie négative n'exclut pas pour autant le diagnostic, car le prélèvement peut avoir porté en zone non encore dégénérée . Il est donc indispensable de reprendre l'examen .

III.- LE LAVEMENT BARYTÉ

- 60 opérés sur 108 ont eu un examen radiologique du colon et du rectum par lavement baryté, soit un peu plus de 1 sur 2 (55 %).
- 48 fois, cet examen montrait des lésions typiques de lacunes, sténoses, bouffant en culotte de golf, etc ... permettant d'affirmer le diagnostic et précisant dans une certaine mesure le siège du néoplasme, soit 4 fois sur 5 .

- Mais 12 fois, 1 fois sur 5, le premier transit baryté avait été jugé normal, la lésion de trop petite dimension étant encore sans traduction radiologique . La région recto-sigmoïdienne n'est en effet pas toujours facile à analyser radiologiquement, et il est intéressant de demander des incidences spéciales vessie pleine ou après insufflation gazeuse .
-

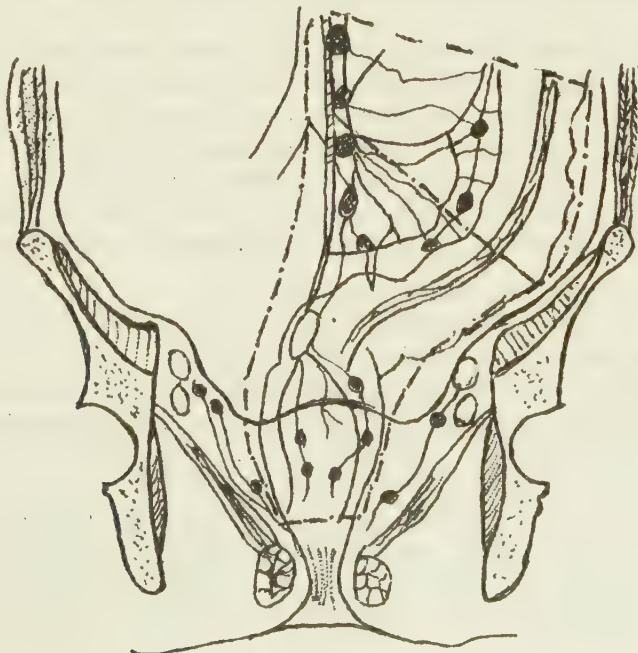
TRAITEMENT CHIRURGICAL

I.- PRINCIPES GÉNÉRAUX

(PRINCIPES DE LA RÉSECTION ANTÉRIEURE)

Il a été expérimentalement démontré que le drainage lymphatique du haut rectum se fait essentiellement de façon ascendante. Rappelons les expériences américaines consistant à injecter dans la paroi rectale à différents niveaux du "direct skye blue dye" chez des malades explorés chirurgicalement 12 à 18 h. plus tard . Ainsi dans les cancers, est-il licite de penser que seront successivement envahis les ganglions para-rectaux ou para-coliques, puis du groupe hémorroïdal supérieur, et vers le haut, les ganglions centraux le long de l'artère mésentérique inférieure (groupe principal). Un relai ganglionnaire pouvant fort bien être court - circuité par ailleurs .

C'est sur cette extension ascendante que repose le principe de la résection antérieure : l'exérèse d'une tumeur rectale intéressant le haut rectum est carcinologiquement logique en conservant le bas rectum, l'appareil sphinctérien qui l'entoure ainsi que les chaînes hémorroïdales inférieure et moyenne, à condition de passer suffisamment à distance de la tumeur et de pratiquer l'exérèse des chaînes ganglionnaires sus-jacentes : tissu celluleux péri-rectal, chaîne hémorroïdale supérieure et mésentérique inférieure, idéalement jusqu'à l'origine de l'artère sur l'aorte, dénommée à juste titre par BACON " l'aisselle du colon gauche et du rectum " .



De cette façon sera réalisée une intervention comportant :

- . l'ablation large de la tumeur,
- . ainsi que des territoires lymphatiques correspondants,
- . suivie de reconstitution de la continuité colo-rectale par anastomose immédiate .

Il faut noter toutefois :

- . que l'extension lymphatique peut se faire exceptionnellement vers le bas (2 % pour DUKES et MAYO) (GLOVER et WAUGH) en particulier en cas de blocage lymphatique sus-jacent .

Ces faits ont conduit certains auteurs dont H.E. BACON à poursuivre très loin le curage ganglionnaire, tant vers le haut où le curage est entrepris au bord inférieur du 3ème duodénum, que vers le bas, avec ligature et section des ailerons moyens au ras de la paroi pelvienne, et ablation des chaînes lymphatiques hémorroïdales moyennes, ainsi que l'ablation de la lame pré-sacrée, aboutissant à un nettoyage lymphatique abdomino-pelvien aussi complet que possible (CARCASSONNE).

Que penser de la ligature première de la veine mésentérique inférieure au bord inférieur du pancréas, à sa terminaison ?

Les métastases hépatiques étant statistiquement les plus fréquentes (viennent ensuite les métastases pulmonaires, osseuses et cérébrales), il a paru logique de pratiquer une ligature première ou en tout cas précoce de la veine mésentérique inférieure à sa terminaison, au bord inférieur du pancréas, afin d'éviter que les cellules tumorales mobilisées pendant l'intervention passent dans le système porte et aillent essaimer dans le foie. Cette façon de faire, théoriquement satisfaisante, n'est pas sans appeler certaines réserves :

1° - La ligature première de la veine au bord inférieur du pancréas, avant mobilisation du colon gauche et repérage de l'uretère fait courir un risque à cet uretère gauche . Il semble donc qu'elle ne soit techniquement recommandable qu'après mobilisation de l'angle splénique du colon, et du colon gauche, suivant la technique de TODD . Dès lors, on ne peut plus parler de ligature première .

2° - D'autre part, les travaux expérimentaux de A.J. SALSBURY et ses collaborateurs (S G O, Juin 1965), étudiant le taux de cellules malignes dans les veines iliaques primitives au cours d'exérèses de cancers colo-rectaux, ont montré que la ligature haute de la veine mésentérique inférieure, augmente le taux de ces

cellules au niveau des veines iliaques puis dans le courant cave inférieur par voie veineuse rétrograde dans le courant systémique. Enfin HUGUES a souligné en publiant les résultats de sa série personnelle la moindre fréquence des métastases pulmonaires dans les ligatures tardives du pédicule mésentérique inférieur ..

Des réserves s'imposent ! ...

II.- PREPARATION DES OPERÉS

1° - PREPARATION GENERALE EN FONCTION DES EXAMENS BIOLOGIQUES :

Rééquilibration protidique et sanguine, préparation usuelle au point de vue respiratoire, cardiovasculaire et rénal .

2° - PREPARATION INTESTINALE

PENDANT LES CINQ JOURS PRECEDANT L'INTERVENTION,
assurant :

- a.- la vacuité du colon par le régime alimentaire sans résidu, l'absorption d'huiles composées (Potion de CHARRIER). On évite actuellement les purgatifs et les lavements salins qui pourraient, pour certains, favoriser l'exfoliation des cellules tumorales .
- b.- Désinfection du colon par des sulfamides tels que le Sulfagnadidine et les antibiotiques per os à action électivement intestinale telle la Néomycine . La tendance serait actuellement de les abandonner, puisqu'ils favoriseraient eux aussi la dissémination des cellules tumorales par exfoliation (Travaux de VINK).

III.- ANESTHESIE ET REANIMATION PER ET POST-OPERATOIRES

- Dans tous les cas, anesthésie générale en circuit fermé, avec intubation .

- Réanimation per-opératoire par perfusions, transfusions sanguines à la demande .

- En post-opératoire, soins infirmiers et réanimation jouent un rôle essentiel chez ces malades souvent âgés et porteurs d'une ou plusieurs tares .

IV.- LE NOMBRE DE TEMPS OPERATOIRES

1° - L'INTERVENTION EN UN TEMPS REALISANT UNE "RESECTION IDEALE" EST APPLIQUEE A LA MAJORITE DES OPERES : 85 % . (98 sur 114).

La résection est suivie d'anastomose colo-rectale immédiate sans décharge d'amont .

2° - DIX OPERES, soit 7,5 %, ONT UNE DERIVATION CONTEMPORAINE D'AMONT : .8 PAR COECOSTOMIE :

Dans tous les cas, la fistule coecale ainsi créée s'est refermée spontanément en quelques jours après l'ablation de la sonde de PEZZER, vers le 10ème jour suivant l'intervention . Ces cas se rapprochent beaucoup de l'intervention "idéale".

.2 PAR COLOSTOMIE TRANSVERSE :

L'anastomose n'ayant pu être faite dans des conditions de sécurité absolue .

3° - DEUX DERIVATIONS PREALABLES DU FAIT D'UNE OCCLUSION REVELATRICE PAR ANUS ILIAQUE GAUCHE SUR BAQUETTE .

Il faut préciser que le CENTRE MEDICO-CHIRURGICAL FACH reçoit peu de malades en urgence, diminuant ainsi nombre de cas vus au stade de complications aiguës, occlusion ou infection .

4° - QUATRE MALADES DURENT SUBIR UNE DERIVATION SECONDAIRE D'AMONT du fait d'une complication post-opératoire : trois fistules sur le trajet du drain, une fistule vaginale et sur le trajet du drain traitées par anus transverse gauche .

Au total, si l'on additionne les 98 résections strictement "idéales" au 8 colostomies de décharge pratiquées per-opératoire, et s'étant refermées régulièrement à l'ablation de la sonde, n'ayant donc au total subi qu'une seule intervention, nous arrivons à 106 résections en un temps sur 114, proportion élevée de 94 %.

Il semble que le nombre faible de complications post-opératoires au niveau de l'anastomose, légitime parfaitement cette attitude d'intervention en un temps dans la quasi totalité des cas .

V.- LA TECHNIQUE OPERATOIRE PROPREMENT DITE

1° - VOIES D'ABORD

a.- Depuis 1951, on utilise habituellement la médiane sous-ombilicale débordant l'ombilic, élargie si l'exérèse s'avère possible, par une incision oblique vers la 8^{ème} côte, incision de PARRAYA-TURNBULL, elle donne un jour excellent, facilite grandement le décrochement de l'angle gauche, mais sa réparation doit être particulièrement soignée. Cette incision a été pratiquée 84 fois sur 111 (3 fois l'incision n'est pas précisée dans le compte-rendu opératoire), soit 3 fois sur 4.

b.- La laparotomie médiane à cheval sur l'ombilic a été réalisée 12 fois (10 %).

c.- Une simple médiane sous-ombilicale quatre fois (3,5 %) dans les premiers cas de la série.

d.- Enfin, avant 1951, l'incision verticale parallèle au bord externe du grand droit, chez 11 malades (11 %).

Ces deux incisions sont complètement abandonnées aujourd'hui (c et d)

2° - LE PROBLÈME DE L'ÉTENDUE DE LA RÉSECTION COLIQUE

Il faut préciser l'exérèse au-dessus et au-dessous de la tumeur, nous ferons ultérieurement le bilan du pronostic en fonction de son étendue.

A.- L'EXERÈSE AU-DESSUS DE LA TUMEUR

a.- Le plus souvent, il a été fait une héli-colectomie gauche vraie avec ligature :

- . de l'artère mésentérique inférieure à son origine sur l'aorte,
- . de la veine à sa terminaison au bord inférieur du pancréas, et décrochement de l'angle gauche.

Cette intervention permet une cellulo-adénectomie large avec ablation des relais ganglionnaires supérieurs. Mais il est à noter que, dans la plupart des cas, le colon avait déjà été décollé de la paroi avant ligature des vaisseaux à leur origine, pour les raisons de sécurité données plus haut.

Cette résection antérieure, avec héli-colectomie gauche vraie a été réalisée 65 fois sur 109, soit dans 59,5 % des cas, 6 fois sur 10.

b.- Dans 54 cas, soit 40,5 %, il s'agissait d'une héli-colectomie segmentaire. Ces cas comprennent, bien entendu, les exérèses palliatives dont 11 métastases hépatiques .

Quoi qu'il en soit, la résection colique vers le haut a toujours été large, emportant un minimum de 30 cm d'intestin .

B.- L'EXERESE AU-DESSOUS DE LA TUMEUR

La longueur d'intestin macroscopiquement sain au-dessous du pôle inférieur de la tumeur a été mesurée sur le rectum en place, sans traction, et non pas sur la pièce ouverte où il se produit une rétraction des tissus. 84 compte-rendus opératoires donnent avec précision cette "hauteur d'intestin sain sous la tumeur", elle se chiffre ainsi :

- a.- Inférieure à 5 cm dans 17 cas sur 84, soit 21,4 % des cas, 2 fois sur 10.
- b.- De 5 à 10 cm, 53 fois, soit 63 %, plus de 6 fois sur 10.
- c.- Supérieure à 10 cm, 14 fois, soit 15 %, un peu moins de 2 fois sur 10.

On voit que l'exérèse vers le bas dépasse la tumeur de plus de 5 cm, presque 8 fois sur 10.

Nous étudierons au chapitre des récidives, et particulièrement des récidives locales, les corrélations qui peuvent exister entre l'étendue de l'exérèse et leur fréquence de survenue .

Beaucoup d'autres auteurs émettant des opinions divergentes sur ce point, nous y reviendrons .

3° - LE MODE DE RÉTABLISSEMENT DE LA CONTINUITÉ

- UN PLAN OU DEUX PLANS ?

. Avant 1962, toujours deux plans : un plan total, points séparés de lin ou de soie noire, et un plan séro-séreux de même matériel .

. Depuis 1962, le monoplan est la règle, à points séparés de soie noire, on relève néanmoins 10 anastomoses en deux plans au début de cette seconde période .

Nous verrons s'il existe des corrélations entre la fréquence des fistules et le type d'anastomose ultérieurement .

- L'ANASTOMOSE LATERO-TERMINALE EST LA REGLE,

à une exception près (termino-terminale). C'est la technique de Joe BAKER de SEATTLE, telle qu'il l'a décrite en 1950 : latérale sur le colon gauche ou le transverse préalablement fermé selon la technique de MAYO sur écraseur + 2 bourses, terminale sur le moignon rectal .

4° - PÉRITONISATION

Elle ne pose habituellement pas de problème particulier . Elle est faite à points séparés (U ou X de soie noire) solidarisant à gauche le péritoine colique au péritoine pariétal, à droite le péritoine pariétal pré - aortique à la tranche de section du mésacolon .

L'anastomose est sous-péritonéale, au moins partiellement dans tous les cas .

5° - DRAINAGE

sous-péritonéal, ressortant par une contre-incision iliaque gauche, après décollement du péritoine pariétal. L'élément de drainage est introduit plus ou moins loin suivant l'importance du décollement rétro-rectal, mais toujours de façon à drainer correctement cet espace, et si possible en limitant le contact direct avec l'anastomose. On a utilisé habituellement un drain souple entouré d'une petite lame de caoutchouc, et de façon moins régulière une simple lame ou un drain aspiratif sous-péritonéal .

6° - LES EXÉRÈSES ÉLARGIES AUX ORGANES DE VOISINAGE

Elles ont été rendues nécessaires 9 fois, se répartissant ainsi :

a.- RESECTION D'ANSES GRELES par accolement ou fistule dans une anse intestinale : 2 fois .

b.- HYSTERECTOMIES ASSOCIEES. Il faut distinguer :

- les exérèses pour fibrome (9 fois),

- les exérèses élargies en monobloc pour adhérence de la tumeur au dôme vaginal en particulier : 3 cas.

c.- 7 CYSTECTOMIES PARTIELLES pour extension au dôme ou à une corne vésicale. Mais il faut bien distinguer deux groupes :

. Cystectomies pour extension vésicale de nature néoplasique : 4 cas ayant survécu respectivement 18, 23, 35 et 24 mois .

. Les adhérences inflammatoires, n'ayant nécessité en fait que l'exérèse très limitée d'une collerette vésicale (3 cas ayant tous les 3 survécu plus de cinq ans).

A rapprocher de ces exérèses élargies les hépatectomies
pour métastases encore localisées ayant donné lieu à :

- une métastasectomie droite, en 1968, actuellement le malade, sous Endoxan au long cours, va bien .
- une exérèse limitée non réglée pour petite métastase du lobe droit, près du bord antérieur du foie, avec une survie de 50 mois .

7° - LES INTERVENTIONS AYANT UN CARACTÈRE PALLIATIF

Elles ont donné lieu à 12 exérèses segmentaires, permettant un meilleur confort qu'une simple dérivation .

Elles se répartissent ainsi :

- a.- 8 métastases hépatiques, dont 2 ont été extirpées, nous l'avons vu.
- b.- 2 adénopathies de Troisier.
- c.- 2 néoplasmes associés :
 - . un néo de la prostate traité par oestrogènes,
 - . un cancer de l'amygdale, qui nécessitera quelques mois après la résection antérieure, une gastrostomie d'alimentation .

Nous retrouvons donc 11,4 % d'interventions à visée palliative .

VI.- NOS RESULTATS IMMEDIATS

1° - MORTALITÉ OPÉRATOIRE

a.- La mortalité opératoire d'ensemble est de 7 % avec 8 décès sur 114 opérés . Nous considérons comme décès post-opératoire tout décès survenant avant la sortie du malade, cicatrisé, en bon état général. Ces décès sont survenus dans le premier mois.

On peut comparer ce taux de 7 % avec ceux des autres statistiques :

MORTALITÉ OPERATOIRE DES RESECTIONS ANTERIEURES

<u>N O M S</u>	<u>N. d'Opérés</u>	<u>Décès post-opératoire</u>	<u>%</u>
d'ALLAINES	26		8,6 %
BACON	96	4	4,1
BAKER, MARGETTS, SCHUTT	31	2	6,6
BERTRAND ET FRANCILLON	59		11
CHAMPEAU (1965)	18		5
DEDDISH, STEARN			5,8
DIXON	426	25	5,9
DUNPHY et BRODERICK	38	4	11
EDELMANN (1965)	16	2	12,5
FALLIS	31	2	6
FERGUSSON	101		4,8
FRANCILLON (Sept.1969)	75		15
GARLOCK (privé)	128	6	5
(Word)	35	6	17
GRAY	74	3	4
GOLIGHER et DUKES	162		6,8
HENRYK et RANSOM	52	2	2
HOUDARD (1965)	20	3	15
HUGHES	176	7	3,9
IMPERATI et GACETTI (Sept.1966)	218		8,7

MORTALITÉ OPERATOIRE DES RESECTIONS ANTERIEURES

(Suite et Fin)

N O M S	N. d'Opérés	Décès post-opératoire	%
KRAERF, FERGUSON, BOLAND et THOMEN	124	2	2,4
KOCH	66	20	30
LAGACHE (1965)	31	4	12,9
LARRIERU H. (1965)	23		8,7
MAYO et CULLEN (1960)	362	24	6,6
MORGAN, LLOYD - DAVIS	81	6	7
OLIVIER, EPFELBAUM (Mars 1968)	47		6,4
PERROTIN (1961)	31		6,4
PEYCELON, DELORE, JEGOU, CORREARD (1967)	155	33	21
PEYCELON et REPLUMAZ (1962)	364		7,7
WAUGH, BLOCK, GAGE	135	7	3,9
WANGENSTEEN	71	4	6
YEHUDA, ADAM, VOLK, STATE (1967)	117		11,1

b.- Quelques précisions doivent être apportées sur 7 décès précoces pour lesquels nous avons des renseignements précis .

- Tous les décès post-opératoires concernent des sujets de plus de 60 ans .
- 4 opérés sur 7 sont porteurs de tares majeures :
 - 2 insuffisances respiratoires majeures,
 - 1 Parkinson,
 - 1 diabète .
- On pourrait rapprocher de ces tares le cas N°5 opéré au stade d'occlusion confirmée .
- La proportion des hémicolectomies gauches vraies n'est pas plus élevée que dans le reste de la série : 57 % (59,5 % d'hémicolectomies gauches vraies dans l'ensemble de la série).

L'hémi-colectomie gauche vraie ne paraît donc pas alourdir le pronostic post-opératoire dans cette série, où elle a été appliquée avec discrimination .

- Les interventions à visée palliative sont pour leur part responsables de 2 décès sur 8, soit 25 %, alors que dans les interventions à visée curatrice la mortalité est de 4,3 % .

TABLEAU DES DECES POST-OPERATOIRES

Cas	Age	Type de colectomie	Caractère palliatif	Tare majeure	Cause Décès	Jour	Autopsie
R	61	H.C.G. vraie	-	Insuf.resp.	Insuf.card. respirat.	8	+
L	64	Segmentaire	-	Parkinson	Eviscérat. Réint.9°j.	9	-
C	67	Segmentaire	-	Diabète grave Cachexie	Ins.cardio rénale + coma hypo- glycémique	16	-
C	70	H.C.G. vraie	Env.gangl. massif		Insuf.card. rénale	17	+
B	69	Segmentaire	Méta.hépatique	Occlusion	Abscès sous phrénique G thr.coron.	6	+
L	71	H.C.G. vraie	-	Insuf. respir.	E.P.	21	-
C	68	H.C.G. vraie	-	-	Atelec. pulm.massive Décès à la 48ème heure	2	+
Total	67 1 m.	4 H.C.G. vraies 3 segmentaires	2 palliatives	4 tares 1 occl.			4 autops s/7décès

- Quelles ont été les causes de décès ?

- Il n'y a pratiquement aucune cause "opératoire" par mal-façon chirurgicale, sauf peut-être l'éviscération (N°2). En particulier, ni péritonite, ni fistule mortelle .

- Par contre, les complications générales, la décompensation d'une tare, sont responsables de la majorité des décès ; 1 insuffisance cardio-respiratoire, 2 insuffisances cardio-rénales, 1 thrombose coronarienne, 1 atelectasie pulmonaire, 1 embolie pulmonaire .

2° - LA MORBIDITÉ POST-OPÉRATOIRE

A.- SUR 114 INTERVENTIONS, NOUS NOTONS 80 INTERVENTIONS AUX SUITES PARFAITEMENT SIMPLES (70 %) AVEC DUREE MOYENNE D'HOSPITALISATION DE 21 JOURS

Les suites opératoires normales sont d'une remarquable simplicité :

- retour du transit, des gaz vers le 4ème jour, des selles vers le 6ème jour, parfois un peu retardées jusqu'au 8ème, 9ème jour, mais se rétablissant tout de même sans aucun incident . Ces malades ont eu parfois une aspiration duodénale continue pour réduire un météorisme abdominal transitoire. Le drainage est supprimé vers le 5ème, 6ème jour .

- La cicatrisation pariétale s'est faite chez ces malades normalement, les fils étant supprimés entre le 11ème et le 12ème jour .

- La continence rectale est le plus souvent obtenue dès le 15ème jour, les selles sont moulées, et le jeu sphinctérien normal.

De ce fait, la capacité de travail est retrouvée de façon très rapide, et nombre de malades sont capables de reprendre leur activité professionnelle dans les deux mois suivant leur opération .

- L'aspect radiologique n'est pas moins satisfaisant, le lavement baryté pratiqué à titre de contrôle systématique chez la plupart des opérés confirme l'excellence du rétablissement du transit. La zone d'anastomose est le plus souvent invisible ou difficilement reconnaissable sur les clichés .

B.- DANS 27 CAS L'EVOLUTION A ETE EMAILLÉE DE COMPLICATIONS :

a.- 12 phlébites des membres inférieurs (10,43 %) dont 5 embolies pulmonaires (4,4 %) et 1 embolie pulmonaire mortelle .

- b.- Un seul cas de péritonite post-opératoire par fistulisation de l'anastomose. La réintervention au 4ème jour (colostomie de dérivation en amont et drainage péritonéal) amène la guérison .
- c.- Deux occlusions post-opératoires ayant nécessité une réintervention dans les suites précoces :
 - 1.- Une occlusion du grêle vers le 10ème jour, à l'intervention, on découvre une bride péritonéale. Guérison .
 - 2.- Une occlusion du grêle au 15ème jour, réopérée après un traitement médical inefficace : volvulus d'une anse grêle ne nécessitant pas d'entérectomie .
- d.- Quinze abcès de paroi (13 %) suivis de 8 éventrations. Durée d'hospitalisation moyenne : 39 jours .
- e.- Quatre éviscérations (3,48 %) ayant nécessité trois réinterventions et déterminé un décès .

Actuellement, les éviscérations sont prévenues par l'application d'un bas de nylon collé au vernis chirurgical . Cette méthode maintient les berges pariétales rapprochées tout en autorisant le drainage, et nous a permis d'éviter les re-interventions dans 100 % des éviscérations prévenues ou traitées ainsi.

- f.- Un abcès sous-phrénique découvert à l'autopsie d'un malade décédé d'une thrombose coronarienne associée . Il n'y avait pas eu de décrochement de l'angle colique gauche .
- g.- Une parotidite aigue post-opératoire chez un homme de 80 ans, ayant fait une fistule transitoire sur le trajet du drain . Résolution sous traitement antibiotique .
- h.- Les fistulisations d'anastomose sont au nombre de 11, soit 9,5 % .
 - . 9,5 %; chiffre relativement bas en regard de ceux habituellement publiés : (MAYO 13,6 % sur 338 cas, PEYCELON 11,5 % sur 165 opérés, PERROTIN 12,9 % sur 31 résections, HENRY K, RANSOM 9,6 % sur 52 résections antérieures, HOUDARD, MICHON, CHEVREL, 12,5 % sur 16 cas, PEYCELON, DELORE, JEGOU, CORREARD 12,2 % sur 155 résections antérieures).
 - . Toutes se sont manifestées par un écoulement stercoral sur le trajet du drain, ou par le vagin, ou les deux associés . Nous n'avons aucune péritonite diffuse par lâchage d'anastomose .
 - . Aucune de ces fistules n'a eu une évolution mortelle .

SEXE	AGE	Siège de la fistule	Distance T.marge	Type de la RA.	Type anastomose	Drainage	Dérivation	Evolution
1961 H.	60	Trajet du drain	Supérieur à 12cm colon mal préparé	Segmentaire	1 plan	Lame	0	Favorable
1959 F.	73	Trajet du drain	7 cm - anastomose très basse	H.C.G. vraie	2 plans	Redon	Anus trans.	Favorable
1965	72	Recto-vagin. (pas d'hystérectomie assoc.)	8 cm	H.C.G. vraie	1 plan	Lame + Redon	Colos tran. sur baguette	Favorable (H=43 j.)
1969 H.	69	Abdominale, trajet drain éviscération	7 cm	segmentaire	1 plan	Lame + drain	0	Favorable (H = 31 j.)
1968 H.	62	Trajet du drain	Supérieur à 12cm	segmentaire	1 plan	Redon + Lame	0	Fistulette (H = 33 j.)
1968 H.	45	Trajet du drain	Supérieur à 12 cm	H.C.G. vraie	1 plan	Drain + Lame		Fistulette (H = 31 j.)
1963 H.	75	Trajet du drain	Supérieur à 12 cm	Segmentaire	2 plans	Lame	0	Transitoire (H = 39 j.)
1964 F.	76	Trajet du drain	9 cm	Segmentaire	1 plan	Lame + Drain	0	Résolutive (H = 33 j.)
1964 F.	70	Trajet du drain + vagin	Supérieur à 12 cm	Segmentaire	1 plan	Lame + Drain	Anus trans. gauche	H = 85 j.
1966 F.	71	Trajet du drain	10 cm	?	1 plan	?	Colos.tran. gauche	Simple
?		Colo-vaginale (Pas d'hystérectomie)			2 plans		Colostomie	
TOTAL :		9 trajets du drain 3 vaginales	50 % moins de 12 cm.	3 HCC vraies 6 segmentaires			6 dérivations transitoires	0 décès /

T A B L E A U D E S F I S T U L E S P O S T - O P E R A T O I R E S

- Quelques réflexions devant ce tableau de fistules :

- 1.- Complication d'une relative fréquence (près de 1 sur 10) dans notre série, mais n'ayant entraîné aucun décès .
 - 2.- L'anus de dérivation secondaire est nécessaire presque 1 fois sur 2 (5/11).
 - 3.- La fistule colo-vaginale ne s'accompagne pas obligatoirement d'une hystérectomie associée .
 - 4.- Le siège bas de la tumeur est une cause essentielle : 1 fois sur 2 l'anastomose est à moins de 10 cm de la marge anale, très basse, entièrement sous-péritonéale, exécutée avec difficulté au fond d'un pelvis étroit .
 - 5.- Les fistulisations sont plus fréquentes dans les segmentaires que dans les hémicolectomies gauches vraies , contrairement à ce que nous attendions : peut-être le décrochement de l'angle gauche évite-t-il toute traction, même légère, sur l'anastomose, cause certaine de fistulisation. Surtout, les segmentaires sont appliquées de préférence aux palliatives avec extension pelvienne néoplasique facteur favorisant incontestablement les fistules .
-
- 1.- à souligner encore pour clore le chapitre des complications post - opératoires :
 - 1.- Une hémorragie rectale post-opératoire par chute d'escharres sur l'anastomose, sans gravité.
 - 2.- Une parotidite ayant évolué favorablement sous traitement antibiotique.
-

SURVIE A DISTANCE

(SANS SIGNE DE RECIDIVE)

I.- LES SURVIES A 1 AN

91 % de survies à 1 an

<u>N. opérés</u>	<u>Décès post-opératoires</u>	<u>N.de survies à 1 an</u>	<u>%</u>
114 opérés	7 décès post-opératoires	97	91 %

II.- SURVIES DE PLUS DE TROIS ANS

- Sur 92 opérés de plus de trois ans et après l'élimination des décès post-opératoires et des palliatives, tandis que les malades perdus de vue sont inclus dans la statistique, restent 78 malades sous cette rubrique .

<u>N. opérés</u>	<u>Opérés + 3 ans</u>	<u>Décès P.O.</u>	<u>Palliatives</u>	<u>Reste</u>	<u>Survie + 3 ans</u>	<u>%</u>
114	92	9	9	74	58	78,37 %
114	92	9		83	58	70 %

- Sur ces 78 opérés, 58 survivent un minimum de 3 ans, soit 84 % .

- Mais cette façon de calculer à court terme (3 ans) est impropre car nombre de métastases subissant des interventions palliatives survivent trois ans . Il est donc plus juste d'inclure les métastases ayant subi une résection antérieure palliative, 58 survivants à trois ans sur 83, soit 70 % de survies à trois ans .

III.- RESULTATS GLOBAUX DES SURVIES A CINQ ANS

1° - DETERMINATION DES SURVIES SUPERIEURES A CINQ ANS

Le tableau ci-contre nous donne le détail du calcul permettant de déterminer le taux de survie à cinq ans. Nous établissons l'étude de ces résultats selon les statistiques modernes, c'est à dire que tout malade perdu de vue est mis au passif de la méthode employée .

N. opérés de + 5 ans	Décès P.C.	Interv.palliat. (métastases)	Reste pour le calcul à cinq ans	Survivants	
				N.	%
80	3	9	68	38	55,88 %

2° - R E S U L T A T S

38 survivant 5 ans, et davantage, sur 68 opérés tracés . Ces 38 survivants ont tous été revus récemment, avec bilan complet comprenant : toucher rectal, rectoscopie et contrôle par transit baryté et hépatographie, quand ces examens ont été jugés nécessaires .

Nous arrivons donc à un taux de 38 sur 68, soit 55,88 % .

Comparons ce résultat avec ceux publiés dans les quinze dernières années :

(Voir tableau ci-contre)

IV.- LA SURVIE A CINQ ANS EN FONCTION DU TYPE DE COLECTOMIE

Sur 38 survies de plus de cinq ans intervenant dans cette étude, nous comptons 21 hémicolectomies gauches vraies contre 17 segmentaires soit 55,2 % d'hémicolectomies gauches vraies. Le taux d'hémicolectomies gauches vraies appliquées à toute la série est de 59,5 % . On retrouve donc à peu de choses près le même pourcentage de segmentaires et de colectomies vraies dans les survies éloignées . En tout cas, pas de changement radical apporté par l'hémicolectomie gauche vraie pour le pronostic à distance .

TABLEAU DES SURVIES A CINQ ANS

DANS LA LITTERATURE

N O M S	N.d'opérés	N.de tracés	N. d'opérés à cinq ans	Survies à cinq ans	Survies à dix ans
BACON ET NUGUID	96	95	70	47,1	37,7
BAKER, MARGETTS, SCHUTT	31		15	48	
BENZ et ROSETTI (1968)	96			57,4	
CHAMPEAU et BRUCHOU (1967)	11		7	63	
DAVID, GILCHRIST	167		94	56,2	
DEDLISH et STEARNS	189			55	
DIXON	272			67,7	49,8
FRANK, GLENN, CHARLES, SHERRY (1965)	163			43,9	
FERGUSON	52			59	
GILBERTSON (1960)	61			55	
HENRYK et RANSOM (1961)	52			59	
IMPERATI (1966)	142			56,4	
LAGACHE (1965)	25			22 %	
MAYO (1958)	508	471		60,1	
MAYO (1960)	203			61,3	
MAYO, LABERGE, HARDY	482	476	286	60,1	
OLIVIER, EPFELBAUM (Mars 1968)	47		32	37,5	
PEYCELON, DELORE, JEGOU, CORREARD (1950-1960)	155		40	37,5	
PEYCELON et REPLUMAZ (palliatives incluses - 1962)	122		40	37,5	
RANSOM	52			59	37,7
SWINTON et MOSZCOWSKI (1959)				57,1	
WAUCH, BLOCK, GAGE	98	96	63	65,6	
WILSON et TENNANT	48		15	31	
WHEELOC et TOLL (1959)	117			51	
YEHUDA, ADAM, HERBERT VOLK	96			50	

V.- LA SURVIE A CINQ ANS EN FONCTION DE
L' ENVAHISSEMENT GANGLIONNAIRE

Sur 76 opérés de plus de cinq ans, nous retrouvons 13 envahissements ganglionnaires détaillés dans le tableau ci-après (17,1 %). 11 de ces 13 opérés décèdent avant cinq ans, deux survivent plus de cinq ans . Soit : 18,2 % de survies à 5 ans chez les opérés ayant des ganglions histologiquement envahis .

ganglions envahis	Type de colectomie	Cause du décès	Survie
H.M.	Vraie	?	5 ans
Diffus	Vraie	Méta.cérébrales	< 18 mois
Mésent.inf.	Segmentaire	Méta.pulmon.	< 6 mois
Para-rectaux	Vraie	Méta.bassin	< 4 ans
Para-rectaux	Vraie	Récidiv.locales	< 18 mois
H.S.	Vraie	Récidiv.locales	< 2 a. $\frac{1}{2}$
H.S.	Vraie	Récidiv.locales	< 3 a. $\frac{1}{2}$
Diffus	Vraie	Méta.foie et pancréas	< 1 an
H.S.	Segmentaire	?	< 5 ans
H.S.	• Segmentaire	Vivant en 1969	15 ans
H.S. Para-rectaux	Vraie	Vivant en 1969	< 3 ans

VI.- SURVIES EN FONCTION DES ADHERENCES
AUX ORGANES DE VOISINAGE

1' - EXTENSIONS VESICALES

a.- Lorsque leur nature néoplasique est certaine, le pronostic est très mauvais; nous en relevons 4 cas traités par cystectomie partielle, dont les survies se chiffrent à :

- 35 mois (décès dans un tableau de métastases diffuses).
- 2 ans (récidive pelvienne extra-anastomotique)
- 18 mois
- 23 mois (récidive anastomotique)

b.- Tout autre est le pronostic des adhérences de nature inflammatoires :

- 2 survies supérieures à 6 ans, décédés de cause indéterminée .
- 1 décès au-delà de 15 ans après la résection, sans qu'on ait pu établir histologiquement la nature de l'extension vésicale.

2° - EXTENSION A L'UTERUS OU AU CUL DE SAC VAGINAL

- Trois malades ont subi une hystérectomie monobloc associée pour extension tumorale au corps utérin, mais il nous est impossible de retrouver une preuve histologique attestant avec certitude la nature néoplasique de l'extension à cet organe . Quelles sont les survies ?

- . Une est décédée moins de deux ans après l'intervention, l'autopsie n'a pu être pratiquée .
- . Deux sont actuellement bien portantes, respectivement 15 mois et 4 ans après l'opération élargie .

3° - ENVAHISSEMENT D'UNE ANSE INTESTINALE

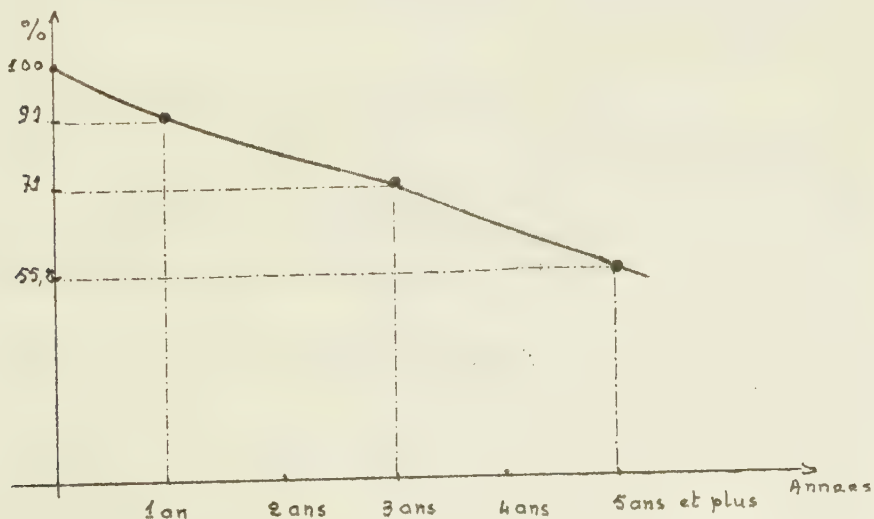
- Deux cas, dont une survie prolongée, supérieure à 12 ans, l'anse iléale envahie ayant été réséquée .

4° - EXTENSION AU PERITONE DE DOUGLAS :

- Cinq cas, tous de survie éphémère .

5° - ENVAHISSEMENT DE L'ATMOSPHERE CELLULO-GRAISSEUSE PERI-RECTALE

- Six cas prouvés histologiquement, tous de mauvais pronostic, sauf un malade porteur de ganglions para-rectaux envahis, traité par hémicolectomie gauche vraie et résection très large en aval de la tumeur (10 cm), actuellement bien portant avec un recul supérieur à 14 ans .



COURBE DE SURVIE A CINQ ANS .

Dans ces résections antérieures avec envahissement ganglionnaire, il a été pratiqué 9 hémicolectomies gauches vraies et seulement 4 segmentaires . Il est bien connu que l'envahissement ganglionnaire est très péjoratif, quelle que soit la qualité de l'exérèse. Etant donné qu'une hémicolectomie vraie est appliquée à 70 % de ces cas particulièrement mauvais, on comprend que les résultats de l'hémicolectomie vraie n'apparaissent pas meilleurs statistiquement que ceux de la segmentaire, puisqu'ils sont au départ grevés d'un pourcentage supérieur d'exérèses parmi les plus mauvais cas .

VI.- LES SURVIVANTS EN 1969 QUELLE QUE SOIT LA DURÉE DE SURVIE

Les survivants, en 1969, sans signe de récurrence, sont au nombre de 37.

A - TOUS ONT ETE REVUS RECENTMENT EN CONSULTATION avec contrôle de l'anastomose par le toucher rectal lorsqu'elle est accessible, ou par la rectoscopie (1 malade sur 2). Lavement baryté (20 lavements barytés de contrôle) pour la plupart, et hépatographie lorsque le volume du foie est augmenté.

B - CERTAINS ONT SUBI DIVERS EPISODES PATHOLOGIQUES :

1° - Une sténose de l'anastomose : Mme V ... 68 ans, est opérée le 1er Octobre 1968. Hémicolectomie gauche vraie pour tumeur végétante située à 14 cm à la rectoscopie. Polype sus-jacent à la tumeur avec début de transformation épithéliomateuse . Suites opératoires simples. Un contrôle baryté et une rectoscopie sont pratiqués le 3 Mars 1969, la malade accuse des troubles de la défécation, celle-ci est pénible, les selles sont fragmentées et multiples. Ces examens confirment une sténose de l'anastomose à 12 cm, le prélèvement biopsique est négatif .

La malade est revue le 13 Mai 1969 . Rectoscopie : " Etat inflammatoire purulent, chronique, de la muqueuse et de la sous-muqueuse intestinale à 12 cm de l'anus. Deux petites formations polypoïdes au niveau de l'anastomose. Rectoscopie poursuivie jusqu'à 30 cm, normale par ailleurs . Biopsie au niveau de la sténose et des éléments polypoïdes. "

Résultats de la biopsie : " Fragment de muqueuse colique . Tissus de granulation autour d'un fil de suture . Aucun élément évocateur de récurrence néoplasique " .

Cette sténose inflammatoire de l'anastomose n'est pas très serrée, et reste assez bien tolérée sous couvert de soins hygiéno-diététiques .

2° - Un ictère de la seringue ayant ultérieurement évolué favorablement .

3° - Une hémorragie digestive : M. S ... subit une résection antérieure en Mai 1963, apparition d'une hématomérose en 1968 donnant lieu à un contrôle radiologique par transit oeso-gastro-duodénal. Cet examen et les contrôles biologiques sont normaux. Le malade n'a pas saigné depuis .

4° - Cinq éventrations ont été l'objet d'une cure chirurgicale .
Quatre fois l'éventration siégeait sur la portion oblique de l'incision de BARRAYA.

5° - Deux accidents sub-occlusifs, tous les deux résolutifs par le seul traitement médical .

6° - Un opéré de 45 ans présente des troubles génitaux avec persistance de l'érection, mais disparition de l'éjaculation . C'est la seule séquelle génitale de la série .

7° - Deux accidents vasculaires, coronariens, dont un infarctus :
Ces opérés vont bien actuellement sous traitement anti-coagulant .

8° - Un accident vasculaire cérébral, sur le mode mineur, mais ayant récidivé plusieurs fois .

9° - Un malade de 70 ans opéré en 1965 est sous traitement hormonal pour néoplasme de la prostate depuis 1969. Il a, en outre, subi une résection endoscopique .

C.- ANALYSE DES SURVIES

1° - Analyse globale des survies éloignées

- . 3 survies de plus de 15 ans (16 ans, 17 ans, 19 ans).
- . 5 survies entre 10 et 15 ans, respectivement de 10, 12, 14 et 15 ans .
- . 10 survies entre 5 et 10 ans, quatre à 5 ans, une à 6 ans et 7 ans, quatre à 8 ans .
- . 19 opérés depuis moins de cinq ans survivent actuellement sans signe de récurrence .

Survie actuelle	HCG vraie	Segm.	DUKES	Atteinte gang.	Hauteur d'intestin sain sous la tum.	Particularité
15 ans & 1 mois	+	.	B	0	?	
19 ans		+	?	0	> 12 cm	
14 ans & 5 mois	+		C	gg. para-rectaux +	10 cm	
10 ans & 10 mois	+		C	0	4 cm	
16 ans	+		B	0	8 cm	Infarctus du myocarde
17 ans		+		0	? T. haute à 15 cm de la marge	
13 ans		+	C	0	> 10 cm	
12 ans & 6 mois	+		?	0	4 cm T à 8 cm de la marge	Anse grêle envahie et réséquée

La lecture de ce tableau permet de souligner :

a.- L'absence de métastases ganglionnaires dans tous les cas sauf un. Celui-ci, dont les ganglions para-rectaux étaient envahis, traité par hémicolectomie gauche vraie, se porte bien avec un recul de 14 ans et cinq mois .

b.- Le niveau de section sous la tumeur passe en général à large distance de celle-ci, sauf dans deux cas où la hauteur d'intestin sain sous-jacent au cancer est de 4 cm seulement .

c.- Les hémicolectomies gauches vraies sont majoritaires : 62,50 % .

d.- L'extension néoplasique à une anse grêle iléale, réséquée, n'a pas été péjorative pour l'avenir . Il s'agissait d'un envahissement tumoral, par contiguïté, sans métastase .

2° - Analyse détaillée des survies actuelles de 5 à 10 ans :

Survie actuelle	HCC vraie	Seg.	DUKES	Gg.	Hauteur de l'intestin sain sous la tumeur	Episode pathologique particulier
8 ans et 6 mois	+		C	0	10*cm	
8 ans et 4 mois		+	C	0	6 cm	<u>Recoupe +</u>
8 ans et 9 mois	+		B	0	4 cm	
8 ans		+	B			
5 ans et 6 mois	+		?	0	5 cm	
5 ans et 6 mois	+		B	0	5-6 cm	
5 ans et qq mois		+	B	0	12 cm	Fistule vaginale Anus transverse C
5 ans et qq mois		+	B	0	6-10 cm	
7 ans et 6 mois		+	B	0	5-6 cm	
6 ans et 6 mois		+	C	0	5-6 cm	
5 ans et qq mois	+			0	8-10 cm	
T O T A L	5	6	6 B 3 C	0	8 fois $\geq$ 6 cm	

La lecture de ce tableau nous permet de retenir les points suivants :

- a.- Aucun n'avait d'atteinte ganglionnaire prouvée histologiquement.
- b.- L'extension tumorale en profondeur (classification de DUKES) est du type B, c'est à dire sans dépassement de la musculuse 6 fois sur 9.
- c.- La hauteur d'intestin sain sous la tumeur est supérieure ou égale à 6 cm seulement 5 fois sur 10, mais lorsqu'elle est inférieure à ce chiffre, l'extension en profondeur ne dépasse pas la musculuse trois fois sur quatre .

d.- On ne peut que souligner une recoupe histologiquement envahie, ce qui ne veut pas dire que l'anastomose a porté en tissu envahi, la coupe étant probablement passée très près de la tumeur, mais au-dessous d'elle néanmoins.

- C O N C L U S I O N -

Nous retenons comme élément très important pour la survie à distance :

- L'absence de métastase ganglionnaire,
 - L'importance de tissu sain enlevé au-dessous de la tumeur, nous y reviendrons .
 - L'extension tumorale sur les coupes histologiques ne dépassant pas la musculieuse .
-

MORTALITÉ SECONDAIRE PAR METASTASES

Sur 114 opérés, 81 sont entièrement tracés dans cette rubrique, car nous devons d'emblée soustraire les 8 décès post-opératoires précoces, les 7 décès de cause inconnue, 5 décès de cause connue non néoplasique, et 13 malades non tracés entièrement .

I.- SUR CES 81 OPERÉS ENTIEREMENT SUIVIS, QUELLE A ETE LA FREQUENCE DE SURVENUE DES METASTASES ?

1° - En valeur absolue, 15 porteurs de métastases sont relevés .

2° - Il existe 8 porteurs de métastases reconnues dès l'exploration chirurgicale. (6 métastases hépatiques, 2 carcinomes péritonéales), 9,87 % .

3° - Le nombre de métastases survenues chez des opérés à titre non palliatif est de 7, soit 7/81, 8,5 % .

Ainsi, alors que presque 10 malades sur 100 étaient d'emblée porteurs de métastases rendant l'intervention palliative, un peu plus de 8 opérés sur 10 encore, verront apparaître des métastases à distance de l'intervention . Pourcentage global de toutes les métastases connues initialement, ou apparues secondairement 15/81, soit 18,51 % .

TABLEAU DES METASTASES

N. opérés	Décès P.O.	Décès de cause non cancéreuse	Décès de cause inconnue	non "tracés"	Total des "tracés"	N. global de métastases	Méta. recon. à l'expl. chir .	Méta. app. secondairem.	% global. de méta.
114	8	5	7	12	81	15	8 9,87 %	7 8,5 %	15 18,51 %

Le taux est très voisin de celui publié par OXLEY et ELLIS, qui est de 18 %. De plus, dans notre série, certains opérés le sont de date encore récente (1952-1969) et plusieurs métastases se feront jour encore. D'autre part, il est certainement apparu des métastases chez les 17 perdus de vue.

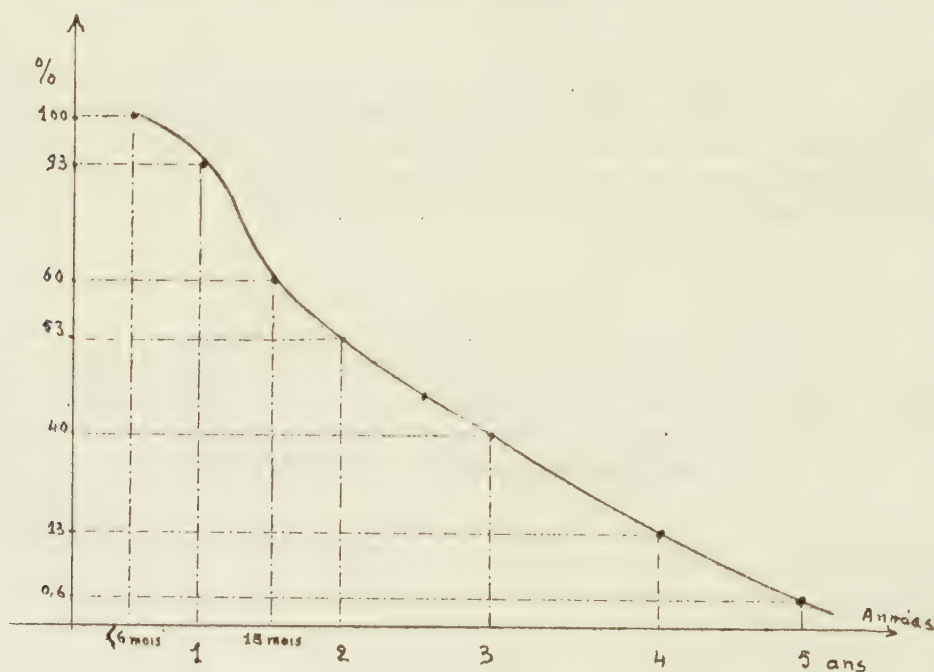
II.- SIEGE DES METASTASES

Dans l'ordre, viennent isolées ou associées entre elles, 6 métastases hépatiques, 3 métastases osseuses, 3 métastases pulmonaires, 2 métastases cérébrales et une carcinose péritonéale.

III.- SURVIE DE 15 PORTEURS DE METASTASES

T	0 à 6 mois	6 mois à 1 an	1 an à 18 mois	18 mois à 2 ans	2 ans ½ à 3 ans	4 ans 4 ans ½	5 ans 5 ans ½
N	1	5	1	2	4	1	1

Les deux malades atteignant 4 ans et 5 ans ½ ont tous les deux développé des métastases pulmonaires exclusivement.



IV.- CORRELATION ENTRE L'EXTENSION GANGLIONNAIRE CONSTATÉE PER-OPERATOIRE ET LA SURVENUE DES METASTASES

Si nous reprenons nos 15 malades un jour ou l'autre porteurs de métastases, et si nous éliminons les 8 interventions palliatives du fait de métastases confirmées par l'exploration chirurgicale lors de la résection antérieure, restent les 7 malades chez les quels vont éclore des métastases .

Quel est l'état ganglionnaire chez ces sept malades ?

- Chez l'un d'eux, il n'est pas précisé (Pas d'adénopathie macroscopiquement décelée).
- Chez les six autres, on relève un envahissement ganglionnaire confirmé histologiquement quatre fois, soit dans 66 % des cas. Cet envahissement ganglionnaire ne fait que traduire une extension néoplasique déjà importante, les métastases se faisant essentiellement par voie veineuse .

V.- CORRELATIONS ENTRE LE TAUX DES METASTASES ET L'ETENDUE DE LA RESECTION COLIQUE

On retrouve 11 hémicolectomies gauches vraies contre 4 segmentaires, ce qui n'est pas surprenant puisque le curage ganglionnaire jusqu'à l'origine de l'artère mésentérique inférieure et la terminaison de la veine est réalisé tout particulièrement lorsqu'il existe une extension ganglionnaire macroscopiquement décelable per-opératoire .

LA QUESTION DES RÉCIDIVES LOCALES

Cette question est très importante car de telles récidives sont fréquentes et de pronostic redoutable. Il serait intéressant de préciser si leur survenue dans un pourcentage de cas trop élevé doit conduire ou non à réduire les indications de cette intervention fonctionnellement parfaite au profit de l'amputation abdomino-périnéale sacrifiant délibérément la fonction sphinctérienne .

A. FREQUENCE

I.- FREQUENCE GLOBALE DES RÉCIDIVES LOCALES :

Il a été diagnostiqué 27 récidives locales dans notre série de 114 opérés . Si nous éliminons 5 perdus de vue et 9 décès post-opératoires, cela fait 27 % de récidive . Il faut distinguer schématiquement :

- les récidives sur les anastomoses,
- et les récidives extra-rectales en dehors de l'anastomose, par excision insuffisante de l'atmosphère péri-rectale . Cette distinction n'est pas toujours simple dès que la récidive a déjà une certaine évolution .

Ainsi un malade sur quatre fera une récidive locale et ce chiffre est en-dessous de la vérité, certains opérés ayant un recul encore insuffisant .

II.- FREQUENCE DES RÉCIDIVES EXTRA-RECTALES

dans le tissu cellulaire pelvien péri-rectal .

On relève 10 cas répondant à ce type de récidive . 10 % .

III.- FRÉQUENCE DES RÉCIDIVES SUR L'ANASTOMOSE

17 cas de récidives sur l'anastomose confirmés histologiquement,
soit 17 % .

N. de R.A.	Décès P.O.	Perdus de vue sous cette ru- brique	Total des tracés	N. global de récidives	N.de récidives extra-anasto - motiques	N.de récidives sur l'anasto- mose
114	9	5	100	27 27 %	10 10 %	17 17 %

Comparons nos taux de récidives locales avec ceux publiés dans
d'autres séries :

N O M S	Nombre de cas	Nombre de récidives	Pourcentage
BACON et NUGUI	96	19 sur 65 R.A.	30,7
BEAL et CORNELL	140	21	15
COLE W.H. (1952)	264		16
DUNPHY et BRODERICK	34	3	9
EDWARD, TINDAL et MALCOLM	800		10 % minimum
EDELMAN	12	4	33 %
FLOYD, CORLEY, COHN (1965)	93		56 %
FRANCILLON (1969)	75		
GARLOCK et GINSBURG - En-dessous de la réflexion pér. - En-dessus " " " "			30 4,2
COLIGHER, DUKES, BUSSEY	162		14,2

N O M S	Nombre de cas	Nombre de récides	Pourcentage
GRAY J.	361		24
GRIMOUD et LAPEYRE	43		14
HOUDARD (1965)	20	5	25 %
HUGHES	176	15	8,5
JACMAN	91	6	6,5
JUDD et BELLEGIE			
- Au-dessus de la réflexion périt.			34,3
- Au-dessous " " " "			10,8
MICHAEL, DEDDISH, MAUS et STEARNS (exclusion de l'anastomose)	189		5
MORGAN LLOYD et DAVIS	55	2	4
MORSON et VAUGHAN	1.596		12,9
PEROTTIN	31		11
PEYCELON et REPLUMAZ	155	17	11
ROSI	72	13	18
SOUTHWICK, HARRIDGE, COLE	114		9,9
WANGENSTEEN - 6-8 cm 9-13 cm			25 6,3
WHEELLOCK, TOLL Mac KITERICK	90	10	11,1
WILSON et TENNANT	48	9	20
YEHUDA et ADAM	80		11

COMMENTAIRES :

Ces chiffres publiés dans 13 séries différentes, quoique variant de 4 à 56 %, confirment globalement le taux élevé de récidives locales . Nos résultats confirment cette note péjorative avec 17 % de récidive sur l'anastomose et 10 % de récidives extra-anastomotiques aboutissant à un blocage du petit bassin . Taux global de récidive : 27 % .

Certaines séries, dont celle de MICHAEL, DEDDISH, MAUS et STEARNS du Memorial Hospital for Cancer de NEW YORK, font manifestement exception, : seulement 4 % de récidives portant sur une large série de 189 cas, les récidives locales n'étant pas plus fréquentes, même pour des cancers bas situés, bien au contraire . Ces auteurs insistent sur les mesures prophylactiques prises pré et per-opératoires pour éviter l'essaimage cellulaire au cours de l'intervention .

De même, il n'est pas sans intérêt de souligner les résultats de CARLOCK et GINGSBURG dont les taux de récidives locales passent de 30 % pour les tumeurs situées au-dessous de la réflexion péritonéale du cul-de-sac de Douglas à moins de 5 % pour les tumeurs situées au-dessus .

Soulignons encore les chiffres de WANGENSTEEN : 25 % de récidives pour les tumeurs situées à moins de 8 cm de la marge anale, 6,3 % de récidives pour les tumeurs situées à 9 cm et au-delà.

Nous verrons plus loin les corrélations qui existent dans notre série entre la hauteur de la tumeur par rapport à la marge anale et la fréquence des récidives locales .

B.- DATES DE DECOUVERTE DES RÉCIDIVES LOCALES

	0-6 mois	6 mois-1 an	1 an-18 mois	18 mois -3 ans	Au-delà de 3 ans
R. anastomotiques	3	7	1	3	1 à 5 ans) 1 à 6 ans) 2
R. pelviennes extra-anastomotiques	3		2	1	
T O T A L	6	7	3	4	2

16 récidives surviennent moins de 18 mois après l'intervention, soit 76 %

20 récidives surviennent moins de 3 ans après l'intervention, soit 95 %

- Ce tableau est éloquent et montre à l'évidence que la très grande majorité des récidives s'est déclarée avant 18 mois .

- Pourtant, le diagnostic de récidive n'est pas porté très précocément : faute de détection endoscopique systématique . Nous verrons plus loin l'intérêt d'une telle mesure .

- Deux récidives surviennent respectivement 5 ans et 6 ans après l'opération. On est en droit de penser qu'il s'agit du développement d'une seconde tumeur.

C.- FACTEURS EXPLIQUANT LA SURVENUE DES RÉCIDIVES ET POSSIBILITES D'Y PALLIER

1.- DANS SIX CAS, L'EXÉRÈSE ÉTAIT CARCINOLOGIQUEMENT INSUFFISANTE

- Trois recoups histologiquement positives .
- Trois extensions locales : Douglas dans deux cas, Douglas et vagin dans un cas .

Ces six malades auraient dû bénéficier d'une amputation abdomino-péritonéale, en théorie du moins, car dans les trois cas avec granulations néoplasiques du Douglas, extirpées certes, le pronostic vital s'annonçait fort pessimiste même avec une amputation sacrifiant la continence .

II.- RÉCIDIVES LOCALES ET CRITÈRES HISTOLOGIQUES D'ÉVOLUTIVITÉ

L'"histo-pronostic" est malheureusement peu étudié dans cette série . Malgré tout, nous relevons suivant les critères établis par DUKES que 5 des 7 malades ayant récidivé appartenaient au groupe C et 2 seulement au groupe B sans dépassement de la musculuse, aucun n'appartient au groupe A .

III.- RÉCIDIVES LOCALES ET EXTENSION GANGLIONNAIRE INITIALE

Parmi les malades ayant récidivé localement, il existait une extension ganglionnaire métastatique dans 27,7 % des cas . Ce taux d'envahissement ganglionnaire, un peu plus élevé que celui du reste de la série (18 %), explique peut-être certaines récidives pelviennes extra-rectales avec récidive dans le tissu cellulo-ganglionnaire dont l'exérèse est insuffisante . Par contre, l'extension ganglionnaire ne paraît pas devoir entrer en rapport avec la récidive anastomotique pure .

IV.- NOUS RETIENDRA TOUT PARTICULIÈREMENT LE RAPPORT ENTRE LA FRÉQUENCE DES RÉCIDIVES ET L'IMPORTANCE DE L'EXÉRÈSE VERS LE BAS

Nous considérons les récidives locales sur l'anastomose :

Dans 13 cas de nos 17 récidives anastomotiques, la hauteur d'intestin sain sous la tumeur appréciée en début d'intervention, avant toute traction est confirmée en cm dans les compte-rendus opératoires .

H	3 - 4 cm	5 - 6 cm	6 - 10 cm
N	11	1	1
%	84,6 %	7,69 %	7,69 %

Dans un 14ème cas, dont la mesure n'est pas confirmée dans le compte-rendu opératoire, on peut lire qu'il s'agissait d'une tumeur bas située, facilement accessible au toucher rectal. Il est certain que l'exérèse vers le bas n'a pu être poussée très loin. Ainsi, dans les cas qui récidiveront, plus de 8 fois sur 10 l'exérèse vers le bas ne dépasse pas 4 cm.

Comparons maintenant ces chiffres avec ceux des opérés n'ayant pas récidivé.

Sur 29 malades tracés entièrement, et n'ayant pas récidivé, 23 d'entre eux - 74 % - ont eu une résection large vers le bas, seulement 8 (26 %) ont eu une résection n'emportant que 3-4 cm de tissu sain sous la tumeur.

29 tracés sans récidive

H	3-4 cm	5-6 cm	6-10 cm	Plus de 10 cm
N	8	8	12	1
%	26 %		74 %	

Il ressort de ces données chiffrées :

- que 8 sur 10 des récidives locales ont une exérèse vers le bas inférieure à 4 cm.
- que près de 8 opérés sur 10 n'ayant pas récidivé ont une exérèse vers le bas supérieure à 6 cm, se situant en moyenne vers 8 cm.

Ces résultats confirment que l'étendue de l'exérèse vers le bas est indiscutablement un facteur important de sécurité carcinologique.

En effet, un mode de développement des récidives locales est celui de la résurgence (FRANCILLON et VIGNAL, 17 Déc.1967) : il existe autour du cancer macroscopiquement visible un halo microscopique de cellules cancéreuses en position sous-muqueuse (jusqu'à 8 cm) qui sont des micro-cancers en puissance. La récidive in situ est liée au développement de ces cellules. De ce fait, si la section passe suffisamment loin de la tumeur, elle dépassera ce halo macroscopique cancéreux, et l'on aura évité une cause de récidive locale. D'ailleurs, il est curieux de constater que la récidive se fait toujours sur l'anastomose ou en aval, jamais en amont. L'explication en paraît claire : l'exérèse vers le bas dans bien des cas est inférieure à 4 cm, alors que vers le haut, elle est toujours supérieure à 10 cm.

Les faits viennent confirmer cette théorie de la résurgence, et ses conséquences : l'exérèse vers le bas doit être suffisamment large . Idéalement 8 à 10 cm, en tout cas si possible pas moins de 6 cm, limite extrême quand on sait qu'il a été trouvé des foyers de résurgence néoplasique jusqu'à 8 cm .

Nos résultats sont parfaitement en accord avec ceux de GARLOCK et GINSBURG et de WANGENSTEIN déjà cités .

Voici les corrélations " Fréquence des récidives - Niveau de la tumeur par rapport à la marge anale " ; tels qu'ils sont publiés dans l'ouvrage de Harry E. BACON (Ed. JB LIPPINCOTT Company, PHILADELPHIE - MONTREAL).

H	Nombre de cas	Nombre de récidives	%
0-5 cm inclus	7	2	30
6 à 8 cm	12	3	25
9 à 13 cm	32	2	6,3
14 cm et au-delà	12		0 %

V.- LES MESURES PROPHYLACTIQUES D'ESSAIMAGE PER-OPERATOIRE DE CELLULES TUMORALES.

1° - ETUDE EXPERIMENTALE DE COLE et Isidore COHN

A.- L'Etude de COLE :

COLE, en 1954, a pratiqué systématiquement des frottis en aval des tumeurs coliques . Ces frottis sont positifs dans 65 % des cas jusqu'à 21 cm en aval de la tumeur . Cette diffusion de cellules néoplasiques en aval de la tumeur est donc très fréquente, pour ne pas dire la règle . On comprend aisément les possibilités d'essaimage sur la tranche anastomotique si les cellules sont laissées en place .

B.- Une étude expérimentale a été faite par Isidore COHN et publiée en Mars 1967.

Les auteurs utilisent des filtrats riches en cellules tumorales obtenues à partir de la tumeur de BROWN-PEARCE du lapin, cultivée dans la chambre antérieure de l'oeil. Ces filtrats sont titrés à 5.000 cellules par mm³ et permettent d'obtenir régulièrement des tumeurs coliques sur la ligne de colotomie où ils sont introduits . Ce protocole a permis de confirmer les faits suivants :

- La greffe tumorale ne se fait pas en muqueuse saine, mais seulement après section intéressant la musculature .

- L'élimination de ces éléments cellulaires par irrigation à l'eau distillée ou aux ammoniums dilués, le segment intestinal tumoral étant isolé entre deux clamps, suffit à éviter la greffe, à condition de sectionner la tranche à anastomoser après que le lavage ait été effectué .

- L'eradication des bactéries spécifiques du colon favorise le développement des tumeurs .

- L'utilisation d'agents chimiothérapiques (moutarde à l'azote) pour laver les tranches anastomotiques et la cavité péritonéale s'est avérée peu active .

- Par contre, le Dextran de faible poids moléculaire paraît être l'agent idéal pour réaliser la toilette péritonéale .

- Eviter l'ensemencement de la cavité péritonéale est absolument fondamental : cette chirurgie doit réaliser une exérèse "en vase clos"

- L'utilisation de fils iodés pour la suture intestinale réduit remarquablement le développement de greffes tumorales (Les fils peuvent être des vecteurs de cellules néoplasiques, et les granulomes autour des fils d'excellents terrains de développement).

- Enfin, l'irradiation post-opératoire (irradiation de toute la cavité péritonéale à la dose de 400 Roentgen sous 200 Kw et 15 mill.) n'est pas concluante .

QUELLES SONT LES MESURES PROPOSEES EN PRATIQUE CHIRURGICALE ?

DUKES les a soulignées dès 1951.

1.- En pré-opératoire, afin d'éviter l'exfoliation cellulaire. il faut déconseiller :

- . les lavements salins, les purges,
- . les sulfamides, les antibiotiques agissant électivement sur les germes intestinaux tels le Néomycine, la Sulfaganidine .
(Travaux expérimentaux de COHN, 1967) (et VINK).

2.- En per-opératoire, on a proposé :

- . l'emballage de la tumeur dans une enveloppe de cellophane ou dans un champ (BACON).

- . le blocage du segment recto-colique porteur de la tumeur par double ligature .
- . le clampage du rectum 5 cm au-dessous de la tumeur, et l'irrigation du segment rectal inférieur ainsi isolé par de l'eau distillée ou des solutions antiséptiques à l'aide du tube de CHAFFIN, afin de faire porter l'anastomose sur un segment rectal lavé de toute desquamation tumorale. (MICHAEL, DEDDISH, MAUS, STEARNS, Memorial Hospital, NEW YORK, 1961).
- . le lavage des bouts colique et rectal à anastomoser au Dakin aux solutions d'ammoniums quaternaires, ou au bichlorure de mercure (MORGAN), à la CLORPACTIN XCB (1).
- . l'utilisation de fils nodés pour réaliser la suture (les travaux expérimentaux de Isidore COHN, 1967, sont très probants).
- . la toilette péritonéale avec des solutions de faible poids moléculaire type Dextran, en évitant, bien entendu, l'irruption de tout contenu intestinal dans cette cavité .

QUELS RESULTATS CES MESURES DE PROPHYLAXIE DE L'ESSAIANCE PAR CELLULES TUMORALES ONT-ELLES APPORTÉS ?

1.- Soulignons d'emblée le taux très bas de récidive, de 5 %, publié par MICHAEL, DEDDISH, MAUS et STEARNS du Memorial Hospital for Cancer de NEW YORK, qui appliquent cette opération à des tumeurs bas situées jusqu'à 6 cm de la marge et ne poussent pas très loin l'exérèse au-dessous de la tumeur palpable (101 opérés avec 4 cm au-dessous de la tumeur et seulement 8 récidives locales). Ces taux de récidives locales est 3 à 10 fois moins élevé par comparaison avec les séries habituelles. Ces auteurs attribuent leur succès à la mise en pratique des recommandations faites par COLIGHER, DUKES et BUSSEY, dès 1961. Ils ont réalisé leur série de 189 résections suivant deux protocoles :

(1) - variété d'acide hypochlorique .

a.- Clampage et section immédiate du bout colique supérieur, dès la libération rectale suffisante, clampage rectal 5 cm sous la tumeur palpable, et irrigation du bout rectal sous-jacent à l'eau distillée sur solution antiseptique par un tube spécial de CHAFFIN, au moins cinq minutes, de façon à faire porter l'anastomose ou un segment rectal lavé.

b.- Clampage et section du bout colique supérieur. Clampage du bout rectal 5 cm au-dessous de la tumeur palpable de la même façon, mais le contenu du segment rectal à anastomoser n'est évacué qu'après section rectale inférieure, il est lavé très copieusement à la teinture de ZEPHIRAN .

Dans tous les cas, les extrémités à anastomoser sont lavées avec cette même teinture .

Le CLORPACTIN X. CB (1) est utilisé par d'autres auteurs .

2° - Intéressants aussi sont les résultats de GOLICHER, DUKES et BUSSEY du St MARK's HOSPITAL DE LONDRES

Les récidives locales rapportées sont au nombre de 23, sur une série comprenant 105 résections antérieures . Si on analyse ces résultats, il ressort clairement qu'il y a eu deux périodes, l'une sans précaution particulière jusqu'en 1947, la suivante après 1947 où l'on conjugue tous les efforts (isolement de la tumeur entre deux champs, lavage du segment rectal inférieur, ainsi isolé, avec une solution de Perchlore de Mercure au 1/500).

R é s u l t a t s : - 21 récidives locales dans le premier groupe .

- 2 récidives locales dans le second, et qui plus est, l'une de ces deux récidives est apparue après ensemencement accidentel du petit bassin du fait d'une plaie colo-rectale .

(1) - variété d'acide hypochlorique .

D.- PROBLEMES DIAGNOSTIQUES

Ils se posent de deux façons : les fausses récidives, le diagnostic précoce de récidive .

1° - IL FAUT ELIMINER LES FAUSSES RECIDIVES,

malades présentant depuis quelques mois après la rectosigmoïdectomie un syndrome fonctionnel voisin de celui qui avait motivé l'intervention (hémorragies, écoulement, épreintes ...). Le toucher rectal peut, lorsque l'anastomose lui est accessible, déceler une induration localisée ; c'est surtout la rectoscopie qui montre des bourgeons suspects au niveau de la ligne de suture, et les biopsies répétées révèlent qu'il ne s'agit en fait que de granulomes développés autour des fils d'anastomose . Ces granulomes sont fréquents, en particulier depuis la suture en un plan au fil non résorbable . On n'oubliera pas qu'un première prélèvement biopsique peut très bien passer en tissu granulomateux, à côté d'une récidive locale authentique encore peu développée . C'est dire la vigilance à apporter et l'absolue nécessité de renouveler plusieurs fois et de façon répétée les investigations, et en particulier les biopsies jusqu'à la certitude de la bénignité .

Il faut, bien entendu, éliminer les nouveaux cancers qui surviennent beaucoup plus tard, notre série en rapporte un exemple .

2° - LE DIAGNOSTIC PRECOCE DES RECIDIVES AU STADE INFRA-CLINIQUE

serait certainement la meilleure façon d'améliorer leur effroyable pronostic .

FRANCILLON et VIGNAL, de MONTPELLIER, ont insisté sur ce point .
(Réunion des Sociétés de LYON et de MONTPELLIER Languedoc Roussillon, 17 Déc.1967).

Le diagnostic d'une récidive devrait pouvoir se faire avant l'apparition des signes cliniques, car alors l'évolution est déjà trop avancée . La surveillance rectoscopique systématique de tous les opérés, tous les trois mois pendant la première année et tous les six mois pendant les années suivantes jusqu'à la 5ème ou 6ème année (date à laquelle les récidives n'ont pratiquement plus de chance de se développer) serait certainement le chemin à suivre . De tels contrôles systématiques ont été pratiqués au St-MARK'S HOSPITAL permettant de déceler par la biopsie nombre de récidives infra-cliniques, (et aussi ... nombre de granulomes, dont 2 granulomes à actinomycètes).

E.- PRONOSTIC DES RECIDIVES LOCALES

Dans l'ensemble, il est franchement mauvais dans notre série :

A.- Quatre malades étaient porteurs de métastases hépatiques et pulmonaires quand la récidive a été diagnostiquée et n'ont pas été réopérés de façon radicale par amputation abdomino-périnéale, ils décédèrent dans les trois à neuf mois qui suivirent .

B.- Huit autres ont subi une amputation abdomino-périnéale secondaire. En voici les résultats :

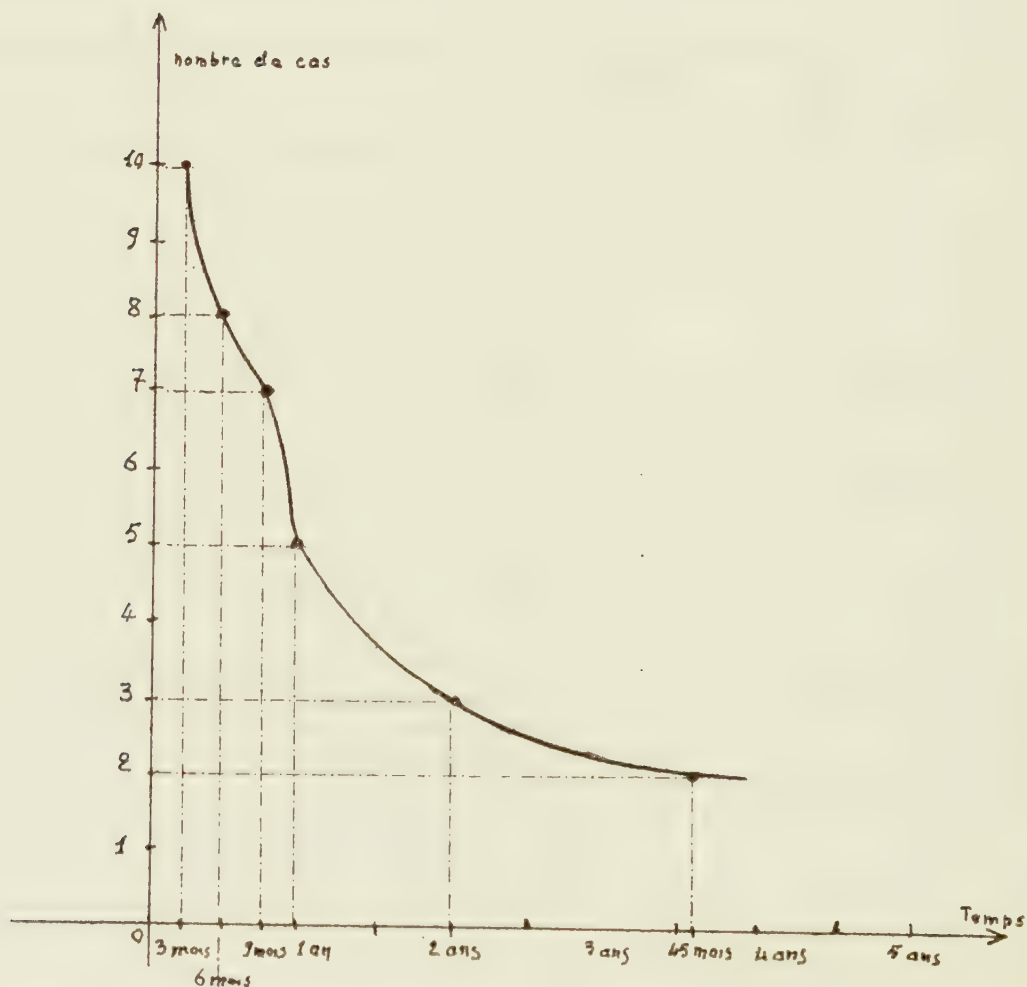
- 1.- Un malade meurt d'hémorragies profuses dans les suites opératoires .
- 2.- Un décès de métastases pulmonaires quatre mois après l'amputation abdomino-périnéale .
- 3.- Une récidive périnéale un an après l'amputation abdomino-périnéale, excision locale, décès trente jours plus tard .
- 4.- Une récidive opérée en Novembre 1961 a été perdue de vue, nous la considérons comme décédée .
- 5.- Une récidive anastomotique massive apparue deux ans après la résection antérieure, décédée quatre mois plus tard .
- 6.- Une récidive 36 mois après la résection antérieure, réopérée par amputation abdomino-périnéale (métastases hépatiques) survivra encore neuf mois .
- 7.- Une récidive locale apparue en treize mois avec extension à l'utérus est traitée par pelvectomie postérieure avec curage ganglionnaire type Wertheim, et décède treize mois plus tard (ascite, métastases diffuses).
- 8.- Un dernier malade subit d'abord une résection antérieure pour tumeur vilieuse dégénérée, de siège bas située, au niveau du rectum sous-péritonéal. La "récidive locale" sous la forme d'une autre tumeur vilieuse dégénérée n'apparaît que trois ans plus tard, cette fois-ci amputation abdomino-périnéale qui donnera encore six ans de survie, avec une survie totale dépassant neuf ans . Tout laisse à penser qu'on n'est pas en présence d'une véritable récidive anastomotique, mais du développement secondaire d'une autre tumeur vilieuse dégénérant à son tour .

Si l'on met à part le dernier cas, que nous ne considérons pas comme une récurrence anastomotique, la survie moyenne obtenue par la seconde intervention (6 amputations abdomino-périnéales et une pelvectomie) est de 7 mois et 5 jours .

COURBE DES SURVIES GLOBALES DES MALADES DEVELOPPANT

UNE RECIDIVE LOCALE

(exceptée la survie à 9 ans, considérée comme un deuxième cancer et non une récurrence locale)



F.- TRAITEMENT DES RECIDIVES LOCALES

A.- LES MOYENS HABITUELS : Nous venons de le voir, quatre récidives n'ont été traitées que par une chirurgie palliative procédant de la dérivation d'amont devant une occlusion, alors qu'il s'était développé des métastases à distance . Tous ont survécu moins de un an . Huit autres malades ont subi une amputation abdomino-périnéale secondaire avec une survie moyenne de moins de un an, et le meilleur résultat n'atteint pas quatre ans .

B.- CERTAINS ONT PROPOSE DE TRAITER LES PETITES RECIDIVES LOCALES, DECELFES AU STADE INFRA-CLINIQUE PAR EXAMEN SYSTEMATIQUE, PAR RADIOTHERAPIE DE CONTACT OU RADIUM PONCTURE (Dr. PARTURIER-ALBOT, FRANCILLON, VIGNAL).

Un tel traitement a été appliqué dans le service à une malade de 37 ans . Obs.: Madame D ... subit une résection antérieure le 29 Octobre 1966 pour tumeur villeuse dégénérée à 8 cm de la marge (hémicolectomie gauche vraie). Récidive 7 mois plus tard confirmée par la biopsie . Traitement de la récidive par radiothérapie de contact (Dr. PARTURIER-ALBOT). Extension pelvienne diffuse huit mois plus tard et décès le 8 Février 1968.

Ce résultat est bien sûr des astreux, mais il ne faut pas oublier, comme l'a souligné DARGENT, que certaines récidives in situ coexistent avec des récidives ganglionnaires rendant aléatoire toute reprise chirurgicale aussi .

Au total, il semble que pour mieux guérir ces récidives, si malgré tout elles surviennent, le diagnostic rectoscopique tôt fait est le plus sûr garant d'une survie appréciable, quels que soient les moyens thérapeutiques mis en oeuvre, mineurs ou majeurs .

LES RESULTATS FONCTIONNELS

Ils sont excellents dans l'ensemble .

On doit retenir toutefois :

- 1.- Une sténose de l'anastomose rendant les exonérations multiples, fragmentées et difficiles nécessitant des lavements réguliers .
- 2.- Quelques malades se plaignent de constipation plus ou moins marquée depuis leur intervention, et doivent recourir aux laxatifs périodiquement .
- 3.- Une malade retient difficilement ses selles lorsqu'elles sont trop liquides .

Mis à part ces cas exceptionnels, et malgré tout bien tolérés, la continence est parfaite et la qualité de ces résultats fonctionnels est certainement un des arguments majeurs en faveur des résections antérieures du rectum .

CONCLUSIONS

L'analyse des résultats du traitement par résection antérieure de 114 cas de cancers du haut rectum et de la jonction recto-sigmoïdienne, tel qu'il a été mis en oeuvre de 1950 à 1970 dans le service de notre Maître le Docteur Alain MOUCHET, semble bien confirmer le crédit qu'il y a lieu de porter à cette intervention, mais sous certaines réserves .

Cette opération est certes tout à fait remarquable par :

- le taux élevé des survies à cinq ans (55,88 %), en rien inférieur à celui des amputations abdomino-périnéales, appliquées par certaines équipes de façon systématique à des cas analogues .
- l'excellence des résultats fonctionnels, avec restitutio ad integrum de la continence dans près de 100 % des cas .
- l'absence de séquelles urinaires ou génitales, sauf exception rarissime .
- la simplicité habituelle des suites opératoires, avec une durée moyenne d'hospitalisation de 21 jours .
- la faible mortalité opératoire (7 %).

Mais cette haute qualité d'ensemble ne peut faire passer sous silence la fréquence élevée des récidives locales : tant sur l'anastomose que dans l'atmosphère péri-anastomotique. Fréquence qui se chiffre à 27 % dans notre statistique, et dépasse ce pourcentage dans d'autres séries . Fréquence qui ne doit pas, à nos yeux, discréditer abusivement cette intervention mais bien plutôt conduire à :

- éliminer les indications abusives .
- encourager à respecter certaines règles de prophylaxie de l'essaimage local par cellules tumorales .
- détecter précocément, à un stade encore infra-clinique, d'éventuelles récidives anastomotiques afin de les traiter radicalement avec de réelles chances de succès.

I.- ELIMINER LES INDICATIONS ABUSIVES en récusant :

1° - Les tumeurs trop bas situées : la résection antérieure s'adresse aux tumeurs recto-sigmoïdiennes, et aux tumeurs rectales implantées en rectum encore partiellement péritonisé : au-dessus du cul-de-sac de Douglas .
Tumeurs par conséquent :

- inaccessibles au toucher rectal (sauf dans le cas des tumeurs prolabées perçues à travers la paroi rectale saine).
- situées à un minimum de 10 cm de la marge anale en rectoscopie.
- implantées au-dessus du fond du cul-de-sac de Douglas lors du temps d'exploration chirurgicale .

C'est dire la nécessité d'installer nombre de ces malades comme pour une amputation, tant que l'exploration chirurgicale n'aura pas permis de décider entre amputation et résection par voie abdominale .

2° - Les tumeurs trop volumineuses ne doivent pas non plus bénéficier de cette intervention conservatrice. L'indication idéale concernant de petites tumeurs mobiles, n'envahissant pas toute l'épaisseur de la paroi rectale, tels les polypes et les tumeurs villeuses dégénérées en surface, ou certaines tumeurs rares tels les carcinoïdes du rectum (EDELMAAN).

3° - Les résections insuffisantes : Une exérèse d'un minimum de 6 cm de tissu macroscopiquement indemne en aval de la tumeur paraît indispensable. Il importe de s'en assurer en début d'intervention, la mesure étant réalisée de façon objective sans aucune traction . Cette condition étant bien sûr plus souvent réalisable chez la femme et chez les sujets maigres .

II.- RESPECTER LES REGLES DE PROPHYLAXIE DE L'ESSAIMAGE LOCAL
PAR LES CELLULES NEOPLASIQUES DU CONTENU RECTO-SIGMOIDIEN

Semblent être efficaces à ce sujet :

- Une technique d'exérèse en "vase clos" : par exclusion du segment pathologique entre deux clamps ou double ligature .

- Une anastomose sur un segment rectal lavé, par des irrigations per-opératoires, après exclusion du segment sus-jacent, avec des solutions anti-septiques ou plus simplement de l'eau distillée .

- Le lavage soigneux des tranches à anastomoser par des solutions de Cetavlon ou de Clorpectin X C B .

- La toilette péritonéale en utilisant des solutions de faible poids moléculaire type Dextran .

- L'utilisation, pour certains, de fils iodés pour l'anastomose .

III.- ENFIN, LA DETECTION SYSTEMATIQUE DES RECIDIVES EVENTUELLES A UN STADE INFRA-CLINIQUE,

par rectoscopie tous les trois mois pendant les 18 mois qui suivent l'intervention, puis tous les six mois, jusqu'à la 4ème année, enfin tous les ans .

IV.- D'AUTRES MESURES NE DOIVENT PAS ETRE ACCEPTEES SANS NUANCES :

1.- L'hémi-colectomie gauche vraie avec curage ganglionnaire
jusqu'au bord inférieur du pancréas ne paraît pas devoir donner une amélioration sensible à la survie à cinq ans . Ce fait en apparence paradoxal s'explique par l'application plus fréquente de cette technique aux cas avec envahissement ganglionnaire macroscopiquement patent . Il y a donc là une cause d'erreur dans l'appréciation de ses résultats, et le bienfait de cette technique paraît confirmée par les faits suivants :

- la mortalité opératoire n'est pas plus élevée que dans les segmentaires du moins dans cette série, où l'hémi-colectomie gauche vraie a été appliquée avec discrimination .
- les rares survies prolongées obtenues lorsqu'il existe des métastases ganglionnaires histologiquement prouvées se retrouvent plutôt dans ce groupe . En définitive, si l'hémi-colectomie gauche vraie de principe paraît abusive, apparaissent pleinement justifiées :

- . les hémi-colectomies vraies appliquées à des cas bien choisis, en particulier chez des sujets encore jeunes et non porteurs de tares, où ce geste ne majore pas la mortalité opératoire .
- . les hémi-colectomies vraies de nécessité, le curage ganglionnaire s'avérant nécessaire du fait de l'envahissement lymphatique du groupe hémorroïdal supérieur ou principal, décelé per-opératoire , à l'origine de la mésentérique inférieure ou le long de l'aorte (groupes principaux).

2.- La ligature première des vaisseaux mésentériques inférieurs prévient certainement nombre de métastases hépatiques, mais son application n'est possible sans risque qu'après repérage de l'uretère gauche, il ne s'agit donc pas d'une ligature première au sens strict. D'autre part, certaines études tendraient à prouver la plus grande fréquence des métastases alimentées par le courant veineux systémique, du fait de la diffusion de cellules néoplasiques par voie rétrograde (A.J. SALSBURY - HUGUES).

VU et permis d'imprimer :

Le DOYEN HONORAIRE, ADMINISTRATEUR PROVISOIRE
de la Faculté de Médecine :

G. B R O U E T

LE RECTEUR DE L'ACADEMIE DE PARIS :

R. M A L L E T

Le PRESIDENT DE LA THESE :

J. L. L O R T A T - J A C O B

BIBLIOGRAPHIE

- ABOULKER Presse Médicale 1959 - T.67, N°14 - p.540 -
Les troubles de la miction après traitement chirurgical du
cancer du rectum.
- d'ALLAINES, de VERNEJOUL
Rapport au Congrès de l'Association Française de Chirurgie 1946.
- d'ALLAINES (F.), DUBOST (Ch.), RENAULT
Sem. Hôp. Paris - 18 Mai 1950 - N°37, 1735-1738
La chirurgie conservatrice dans le traitement du cancer du rectum.
- d'ALLAINES (F.) Semaine des Hôpitaux de PARIS, 1957 - T.33 p.7 -
Vingt-cinq années d'expérience de la chirurgie du cancer du rectum.
- Yehuda G. ADAM, VOLK., David STATE
Low colorectal. Anastomosis after resection for cancer .
S.G.O. Déc. 1957 - p.1259 - 1264.
- ADLOFF M., OBERLING F., GILLET M.
Ann. Chir. 1966, vol.20 N°23. 2 h. - c 1325 - p.1323 - 1331.
A propos d'une série de 345 cancers primitifs du colon et du
rectum. Etude thérapeutique. Comparaison des critères de pro-
nostic histologique .
- AULT S.G.O. - 1958 - T.106 p.466 - 477 -
A technic for cancer isolation and extended dissection for cancer
of the distal colon and rectum .
- BACHER O.G., AMDAVP E., SORENSEN B.-
Acta Chir. Scand. - Sept. 1966 - 132 N°3 - 306-314 -
Cancer du rectum traité par résection .
- BACON H. J.B. LIPPINCOTT Company - PHILADELPHIE - MONTREAL
Cancer of the colon rectum and anal canal.

- BAVER .- Ospedali d'Italia - Chif. 1960 - 2 - p.755-763
Terapia radicale del carcinoma del retto.
- H. BEAHRS Oliver S.G.O. - Sept. 1966 - p.594
Lox anterior resection for rectal carcinoma
- BENZ G., ROSSETTI M.
Revue française de Gastro-Entérologie N°6 - Mars 1969 - pp.43-49
- BERGERET M. Arch. des mal. de l'appareil digestif. Oct-Nov.1946 - 35 N°10
458-460
Résultats de résections recto-coliques pour cancer du rectum
datant de plus de six ans .
- BEST R.R., POTTER S.E. et RASMUSSEN J.A.
S.G.O. - Janvier 1955 - 100 N°1 - 115-120
La technique de recto-sigmoïdectomie pour cancer du sigmoïde
et du rectum .
- BERTRAND P., FRANCILLON J., SAUBIER E., GILBERTAS A.
Communication faite à la Société de Chirurgie de LYON le
12.IV.1956
Sur le traitement du cancer recto-sigmoïdien et en particulier
sur la résection colorectale par voie abdominale .
- BERTRAND P., FRANCILLON J., SAUBIER E., GILBERTAS A.
Annales de Chirurgie 1957 pp.899-906
La résection par voie abdominale des cancers recto-sigmoïdiens .
- BLIXENKRONE, MALLER
Danisk Medical Bulletin - 1958 - Ts p.268-272
Incidence and prognosis of cancer of the rectum .
- BLOCK and ENQUIST S.G.O. - 1961 - T.112
Etude de l'extension lymphatique locale dans le cancer du
rectum de la femme .
- BUFFIN R.P. Ann. Chir. 1965, vol.19, N°25-26 pp.1645-1648
Le problème de la conservation sphinctérienne dans les résec-
tions pour cancer du rectum .

- CAHEN J. Acta Gastro-Enterologie. Belg. Avril 1950 - 13 - N°4 395-396 .
Résection du rectum par voie abdominale, avec conservation du sphincter anal .
- CAHEN J. BORDEAUX-Chirurgical - Suppl N°2 - Oct. 52 - 53 - 59 -
La voie abdominale dans le cancer du rectum. Indications. Résultats .
- CAHEN J. Acta Chir. Belg. Janv. 1957 - N°1 - 31 - 37 -
Les indications et les résultats éloignés de la résection antérieure et de l'amputation abdomino-périnéale dans le cancer du rectum.
- CARCASSONNE F. et M., RAMPAL M.
Mémoires de l'Académie de Chirurgie, 1962, N°30-31
La recto-colectomie élargie avec évidement aortico-pelvien contemporain .
- CARCASSONNE F. R.I.C.M. T.III - N° 2 Juin 1965
Réflexion sur l'évolution de la chirurgie du cancer du rectum de 1932 à 1963.
- CATTAN et CARDINAL
Gazette médicale de France, 1960 - T.67 - p.17 -
Naevus-carcinome ano-rectal. Un cas .
- CAVE H.N., WICHERN
Surgery, Août 1954, 36, N°2 - 344-348
Valeur de la résection du recto-sigmoïde pour cancer .
- CHAMPEAU M., BRUCHON P.
Journal de Chirurgie. T.93 N°3 - Mars 1967 pp.273-281
Cancer du rectum.
- Sir CLIFFORD NAUTON
Ann. J. Surg. Avril 1968 - 115, 4, 442 -
Treatment of cancer of the rectum .
- COHN Isidore J.R., M.D., F.A.C.J.
New Orleans, Louisiana. Surgery of Gynecology and obstetrics
March 1967 pp.500-508.
Implantation in cancer of the colon .

- COLES W.H. *Archivs of Surgery* 1952 - T.65 p.264
Recurrence in carcinoma of the colon and proximal rectum following. Resection for carcinoma .
- CORDES E. *Chirurg.* Février 1952 - 33 N°2 - 66-71
La résection abdominale du cancer du rectum .
- CORNES, THOMSON
Secondary carcinomas presenting as ulcerating mucosae of the rectum with report of two cases .
- COUVELAIRE R. *Ann. Chir.* 1965, vol.19, N°25-26 p.1682-1684
Le problème de l'adénomectomie prostatique associée au traitement chirurgical du cancer du rectum .
- COUVELAIRE R. *Ann. Chir.* 1965, vol.19, N°25-26 p.1687-1688
Les troubles de la miction chez les amputés du rectum .
- DARGENT, PAPILLON
LYON-Chirurgical, 1959. T.55 - p.4 - Radiothérapie dans le cancer du rectum.
- DEDDISH M.R., STEARNS
Anna. Surgery, Déc. 1961, 154, N°6, 961-966.
- DELANNOY E. *Annales de Chirurgie* 1965, Vol.19 - N°25, p.1691.
Colloque PARIS-LILLE .
- DEMIN
Khirourghia - T.36 p.49, 1960
Du niveau de résection intestinale dans le cancer du gros intestin et du rectum .
- DEMOLE, RUDLER, LENOIR
Gastro-Enterologia, 1959, T.92 p.4-6.
Radithérapie de contact dans le cancer du rectum .
- DENANN et FALCONER
Jour. Chir. Path. 12, 2, 1959.
Malignant leucoplasia of the rectum .
- DENECKE K. Critique de la résection abdominale du cancer du rectum .
Zll. Chir. Oct. 1956, 81, N°40, 2101-2107.

- DETRIE Ph. Journ. Chir. Janv. 1961 81, N°1, 113-115
Résection recto-sigmoïdienne antérieure en un temps .
- DIONNE L. LAVAL-Med. Oct.1963, 34, N°8, 1043-1046.
L'Hôpital Saint Marc et le cancer du rectum .
- FAHL et JUDD S.G.O.T. III 6 - Déc.1960 - p.759-766
Squirrhes du colon et du rectum .
- FARAH A., GUENIN P. et ETIENNE J.
Ann. Chir., 1969, vol.23, N°21-22, pp. C. 1103-1108.
Résultats des amputations abdomino-périnéales à deux équipes
pour les cancers du rectum .
- FERGUSON L.K., BOLAND J.P. et THOMEN .
Surgery, Nov.1962, 52, N°5 , 741-746.
Résection segmentaire antérieure pour cancer de la partie
haute du rectum, du recto-sigmoïde et du sigmoïde .
- FLOYD, CORLEY et COHN
Ann. Surgery, Fév.1965.
- FRANCILLON et VIGNAL J.
MONTPELLIER-Chirurgical, 1968., 14, p.41 - 49.
Les récidives in situ après résection antérieure pour cancer
du rectum .
- FRANCILLON Archives des maladies de l'appareil digestif. Sept.1969.
- CANEM Arch. Surgery - T.75, 85-89, 1957.
Rectal Carcinoma invading the prostate gland .
- GASNIER P. Thèse PARIS 1963, N° 1089, 57 pages .
A propos de 59 cas de résections antérieures du rectum .
- GEROTA Résultats fonctionnels de la résection abdomino-périnéale du
rectum.
- GILBERTSEN V.A. Arch. of Surgery 1960 - T.80 - 1 - p.135
Adenocarcinoma of the rectum. A 15 year study with evaluation
of the results of curative therapy.

GILBERTSEN V.A. Ann. of Surgery 1960 - 151 - 3 - pp.340-348

Adenocarcinoma of the rectum. Incidence and locations of recurrent tumor following present day operations performed for cure.

GILBERTSEN V.A. S.G.O., 3 Mars 1962 p.313.

The results of the surgical treatment of cancer of the rectum.

GILBERTSEN and WANGESTEEN

A Summary of experience with the 2d look program.

S.G.O.T. T.114 - 4 avril 1962.

GILBERTSEN V.A. Improving the prognosis for patients with intestinal cancer.

S.G.O. June 1967, p.1253-1259.

GLENN Franck, Mac SHERRY C.K.

Annal. of Surgery, June 1966, Vol.163, Number 6 - p.838-849.

GOLICHER J.C., DUKES C.E., BUZZEY R.

British J. of Surgery - 39 p. 199 - 1951 -

Local recurrences after sphinctersaving excisions for carcinoma of the rectum and rectosigmoid.

GOLICHER, DUTHIE, DEDOMBAL, WATTS

Brit. Surg. 1965, vol.52, N°5 May.

Abdominal anal pull through excision for tumours of the mid-Third of the rectum. A comparison with low anterior resection.

GOLICHER J.C., DUKES C.E., BUSSEY

British Journal of Surgery p.199 - 211.

Local recurrences after sphincter saving excisions for carcinoma of the rectum and recto sigmoid.

GRAY J.

Arch. Surg. Sept. 1948, 57, N°3, 361-372.

Valeur de la résection conservatrice avec anastomose bout à bout pour cancer du rectum et de la partie inférieure du sigmoïde.

GREGG, BRUCE et CHAMBERLAIN

J.A.M.A. 170, 1959, p.143

Carcinoma of colon and rectum.

GRIMAUD J., LAMEYRE J., BRUGUIER R.

Sem. Hôp. PARIS, Ann. Chir. 11 1957 p.185

Tendances actuelles de la chirurgie du cancer du rectum .

GROVES R.A. et HARRISON

Canadian J. Surg. Oct.1962 - 5 - 393, in Internat. Surg. Dig.
Fév.1963. 72, N°2, 58-59.

Cancer du rectum et du sigmoïde inférieur : résection abdomino-périnéale ou antérieure .

GUILLEMIN La technique et les indications restantes de l'opération de
HARTMANN dans les cancers du sigmoïde et du haut rectum .

GUIVARCH M. Revue du Praticien. Tome XIX, N°24, 21 Sept.1969.

Surveillance d'un opéré du rectum .

HALLENSBECK G.A. Gastro-entérolog. 2 p.313-319, 1958 -

Sphincter saving operations for carcinoma of the distal 20 cm
of rectum and colon .

HARTMANN W. Zll. Chir. 21 Mai 1966, 91, N°21, 766, 771.

Indication de la résection du rectum pour cancer rectal .

HOFFMANN T. BRUNS'Beitr. Klin. Chir. 1954. 188 N°4 - 444 - 460.

La question de la résection du cancer du rectum et le point de
vue de l'Ecole d'ALLAINES .

HOLLENBACH F. Langenbeck's Arch. Klin. Chir. 1953 276 Kongress bericht
533-540.

La résection abdominale du cancer du rectum haut situé .

HOUDARD Cl. Ann. Chir., 1965, vol.19, N°25-26, pp.1649-1651 .

Indications et résultats de la conservation sphinctérienne
dans le cancer du rectum .

HOUDARD Cl., MICHON M., CHEVREL J.P.

Ann. Chir. 1964, vol.18, N°3-4, pp.143-148.

Les résultats du traitement chirurgical du cancer du rectum .

HUGHES Med.J. Australia - 47 - 81 - 84. 1960. Treatment of carcinoma
of the rectum .

HUGHES, E.S.R., CUTHBERTSON, CARDEN

Med.J. Australia, 8 Déc. 1962, 49, II, N°23, 907-909

Interventions résectrices pour cancer du rectum .

HUGHES E.S.R.

1964 - Cité dans S.G.O., June 1965, p.1269 - Personnel Communication .

HYDECK B.-

Deutsch Zschr. Chir. 28 Février 1939 - 4 - 251 - N°10 - p.592-604

Les avantages de la résection des cancers du colon et du rectum par voie abdominale .

IMPERATI

Arch. Ital. Chir. 83, 453 - 470 - 1958.

Indications de la section de l'artère mésentérique inférieure et de la ligature des artères hypogastriques dans la chirurgie radicale des tumeurs recto-sigmoïdiennes .

IMPERATI L. et CACETTI M.

J. Chir. Sept.1966 T.92 N°3 -

Traitement chirurgical du cancer du colon gauche et du rectum. Technique et résultats .

JECOY

Thèse LYON - 1961 - 77 pages .

LYON-Méd. 18 Mars 1962, 94 N°11, 683-684.

La rectosigmoïdectomie pour cancer par voie abdominale avec rétablissement immédiat de la continuité . Analyse d'une statistique homogène de 155 cas .

JOHNSON

Arch. of Surgery 71 365-372. 1959. Malignant neoplasia of the colon and rectum in young person .

LAFITTE H., SUIRE P., BARBUT J.

Mém. Acad. Chir. 28 Fév. 7 Mars 1951. 77, N°8-9 260-266.

Etude de la valeur respective de diverses techniques chirurgicales appliquées à 100 cas de cancer du rectum en 15 ans .

LAGACHE G., COMBEMALE, PROYE et DEPADT

Ann. Chir. 1965, vol.19 N°25-26, p.1632-1639.

Résultats globaux du traitement chirurgical du cancer du rectum.

LARRIERU H.

Ann. Chir. 1965 - Vol. 19, N°25-26. pp.1640-1643 -

Cancer du rectum .

- LAZAR . Act. Med. Hunger. 11 - 45 - 62 - 1957.
Principes directeurs en chirurgie pour cancer du colon et du rectum.
- LEADBETTER et L.
S.G.O. - 107 - 333 - 338 - 1958.
A new approach to the problem of menery retention following abdomina-perineal resection for carcinoma of the rectum .
- LEZENWEGER F. Résection du cancer du rectum .
WIEN med. Wschr. 20 Fév.1960, N°7 163-166.
- LOFGREN E. et Coll.
Arch. of Surgery 74 - VI - p.825 - 1957.
Local recurrence of carcinoma after anterior resectio of the rectum and sigmoïd .
- MAC SWAIN B., SADLER R., BEACHLEY M.
Ann. Surg. - 153 - 5 - 1962
Carcinoma of the colon rectum and anus .
- MANDACHE - Presse médicale - 67 - 1513 - 1584
Les sutures intestinales dans la chirurgie rectale .
Anastomose colo-anale sans suture .
- MANDACHE Khierourghia - 36 - 49 - 1960
Traitement chirurgical du cancer du rectum .
- MAYO C. S.G.O. - 106 - 695 - 1958 - 5 -
Year survival after anterior resection for carcinoma of the rectum and rectosigmoïd.
- MAYO C.W., F.A.C.S., MARTIN Y., LABERGES M.D. and HARDY W.
Surgery, Gynecology and Obstetrics. June 1958, ROCHESTER Minnesota.
Five year survival after anterior resection for carcinoma of the rectum and rectosigmoïd .
- MAYO C., CULLEN K
S.G.O. - 111 - 82 - 1960 -
An evaluation of the one stage Lox anterior resection for carcinoma of the rectum .

MAYO C.W., CULLEN P.K. Fr.

S.G.O. Juil.1960 - vol.111,n°1, p.82-86 - Proc. Staff. Med.

Mayo Clin. 13 Sept.1961 - 36 - N°19 - 474-476.

Une étude de la résection antérieure basse en un temps pour cancer
du rectum .

MAYO C., MADISON J., DAVIS R.

S.G.O. - 92 - 3 - 360 -

A comparative study of operations for carcinoma of the rectum
and rectosigmoid .

MAYO C.W., PACTALUNAN J.G.

Surgery, June 1963 - Sept.4 1962 pp.712-718

Malignancy of colon and rectum in patients under 30 years of age .

MORDEN, BALCK, BOTMANN

Arch. Surg. - 70 - 688 - 696 - 1958.

Combined abdomino-perineal resection lesions of the mid and upper
part of the rectum .

MORGAN

Postgrad Med. - 26 - 135 - 1959.

Comparative results and treatment of cancer of the rectum .

MORICE

Mem. Acad. Chir. Juin-Juil.1961 - 87 - N°21-22-23, 658.

A propos de la résection abdominale dite antérieure dans le cancer
du rectum.

MORSON B.C., VAUGHANE G., BUSSEY H.

British Medical Journal - July 6, 1963, p.

Pelvic recurrence after excision of rectum for carcinoma .

MOUCHET A.

Mem. Ac. Chir. - 8 - XII - 54 - p.920.

A propos des hémicolectomies gauches pour cancer-discussion .

MOUCHET A., MARQUAND J., CAMEY M., DOUSSET H.

Mém. Acad. Chir. 3 - 10 Juil.1957 - 83 N°21, 22 - 657 - 669.

A propos de 142 cas de cancer du rectum (113 exérèses).

MOUCHET A.

Revue du Praticien 1958.

Cancer du rectum .

MOUCHET A., MARQUAND J., GARCIN J.P. et DEBURGES A.

Arch. Med. app. digestif. Janv-Fev.1964 - 53 N°1 - 2 - 75 - 90 -

Etude d'une série de 275 cas de cancers ano-rectaux (214 exérèses).

- MUIR E.C. Lancet 13 Mai 1939. T.236 N° 6087 - p.1094 - 1097
Résection par voie abdominale d'un cancer rectal.
- MUZEAU Jean Thèse PARIS 1960 - 433
Sécurité de l'anastomose recto-colique sur drain après résection pour cancer .
- OLIVIER Cl. Ann. Chir. 1965 - Vol.19 - N°25-26 p.1674-1675
Interventions limitées après radiothérapie de contact pour cancer du rectum .
- OLIVIER Cl., EPFELBAUM R., PARTURIER ALBOT M., RETTORI, BAUR O.
J. Chir. PARIS - Mars 1968, T.95, N°3, pp.305-312.
Résultats immédiats et éloignés du traitement chirurgical sur une série de 112 malades et atteints de cancer du rectum .
- OXLEY E.M. and ELLIS H.
Brig. J. Surg. 1969, vol.56, N°2n Fév. pp.149-152
Prognosis of carcinoma of the large bowel in the presence of liver metastases .
- PALUMBO L.T. et SHARPE W.S.
Anna. J. Surg. Mai 1968 - 115 N°5 - 656-666
Résection antérieure ou abdomino-périnéale.
Résection pour cancer rectal et rectosigmoïdien .
- PERROTIN J., DUBOIS F., DUPOUX P.
Mem. Acad. Chir. 87 - 645 - 1961
La résection abdominale dite antérieure pour cancer du rectum et jonction recto-sigmoïdienne .
- PETROW B.A. KHIROURGHIA (MOSCOU) - 1962 - N°7 - 50-56
Amputation abdomino-périnéale et résection abdominale pour cancer du rectum .
- PEYCELON et REPLUMAZ
LYON-Chir. Juillet 1956 - 51 - N°5 - 624-629
Sur la recto-sigmoïdectomie par voie abdominale pour cancer .
- PEYCELON et REPLUMAZ
Ann.Chir. Sept.1956 - N°9 - 783-793 -
La rectosigmoïdectomie pour cancer par voie abdominale avec rétablissement immédiat de la continuité. Technique.Résultats.Indications.

PEYCELON R., REPLUMAZ P. et JEGOU Y.

LYON-Chir. Juillet 1962 - 58 - N°4 - 481-494 .

A propos de la recto-sigmoïdectomie pour cancer. Statistique homogène de 155 cas .

PICOT G. Acta Chir. Belg. Mai 1964 - 53 - N°5 - 464-467

Le cancer du rectum. Résection ou amputation ?

POSTEWAIT S.G.O. - 106 - 257-270 - 1958

Carcinoma of the colon and rectum .

RANSOM H.K. Ann. Surg. Déc.1961 - 154 - N°6 - 144-149

Comparaison de la résection par voie abdominale antérieure pour cancer de la partie haute du rectum et de la partie basse du sigmoïde avec l'intervention par voie abdomino-périnéale .

REMINGTON Amer. Journ. Gastro-enterology - 35 - 3 - 1961

Les interventions palliatives dans le cancer du colon et du rectum .

REYNOLDS Ch.T., CLEMENT M.C., LACOSTE E., P.ROGERS William and YATSUHASHI Masao

S.G.O. Nov.1968, p.875-980.

RICHARDS, BEALER, WOOLNER

(Rochester) - S.G.O. - 114 - 4 - Avril 1962

Squamous cell carcinoma of the anus, canal and rectum - with 109 patients .

ROUSSELOT et COLE

S.G.O. - 114 - Avril 1962 - p.409 -

Intraluminal injection of nitrogen mustard as adjuvant chemotherapy of cancer of the colon and rectum .

RUDLER J.C. Gastro-entérologie - 1959 - 92 - N°4 - 6, 297-301 .

Le point de vue du chirurgien sur le traitement du cancer du rectum .

SALEM and POSTEWAIT

Ann. of Surgery 1960 - 151 - 3

Malignance of cancer of the colon and rectum on patients under 20 years .

SALISBURY A.J., Mac KINNA J.A., GRIFFITHS J.D., NAUTON Morgan

S.G.O., June 1965 - 1266 - 1270 -

Circulating cancer cells during excision of carcinomas of the rectum and colon with high ligation of the inferior mesenteric vein .

SCHWAIGER M. Chir. Fév.1954 - 25 - N°2 - 66-70 -

L'appréciation des procédés d'amputation et de résection dans le cancer du rectum .

SENEQUE, ROUX, BERNIER

Journal de Chirurgie - 66 - 625 - 1950

Technique de la résection recto-sigmoïdienne par voie purement abdominale avec rétablissement immédiat de la continuité .

SONNELAND J. Arch. of Surgery - 81 - 112 - 1960

Recurrence in abdominal incision of adenocarcinoma from rectum .

STELZNER F. Fruns ! Beitr. Klin. Chir. Mars 1962 - 204 - N°1 - 41-63

Appréciation actuelle de la résection et de l'amputation du rectum avec conservation du sphincter dans le cas de cancer du rectum .

STUART H.Q., QUAN M.D., F.A.C.S., MICHAEL R. DEDDISH, M.D., F.A.C.S. and MAUS W. STEARNS Jr, M.D., F.A.C.S.

S.G.O. - October 1960 - 507-508 .

The effect of preoperative roentgen therapy upon the 10 and 5 year results of the surgical treatment of cancer of the rectum .

SWINYON N.W., DAVIDSON C.M.

Surg. Chir. North Amer. June 1960 - 40 - N°3 - 719-725

La résection restauratrice intra-pelvienne - résection antérieure).

SWINTON, MOSZHOWSKI, SNOW

Surg. Clin. of N.Am. - 39 - 6 - 1959

Cancer of colon and rectum - A statistical study of 608 patients .

TAYLOR W., M.D. Surgery, August 1962 - pp.305-308

Cancer of the colon and rectum : A study of routes of metastase and death .

THOMERET C., DUBOST Cl, VAILLANT J.

Ann. Chir. 1962, vol.16, N°5-6, 307

Traitement chirurgical des cancers compliqués du colon .

TYNDAL Edward C., MALCOLM B., DOCHERTY and John M. WAUGH

S.G.O. - January 1964 - 47 - 51 -

Pelvic recurrence of carcinoma of the rectum .

WANGH J., FLOCH M., GAGE R.

Ann. of Surgery - 142 - 752 - 1955

3 and 5 years survival following combined abdomino-perineal resection, abdomino-perineal resection with sphincter - preservation for carcinoma of the rectum and lower part of recto-sigmoid colon .

WANGH J., TURNER J.

S.G.O. - 107 - 777 - 1958

A study of 268 patients with cancer of the mid rectum treated by abdomino-perineal resection with sphincter preservation .

WARREN : British J. of Surg. - 85 - 61 - 67 - 1957

Carcinoma of the rectum and frequency .

WELCH C., BURKE J.F.

The N. Eng. J. of Med . - 266 - 5 Fév.1962 -

Carcinoma of the colon and rectum .

WEMEAU L. et MAZEMAN E.

Ann. Chir. 1965 - vol.19 - N°25 - 26 - pp.1685-1686

Les troubles urinaires chez les amputés du rectum .

WHEBLOCK, TOLL, Mac KITERICK

N. Eng. J. of Med - 260 - 526 - 830 - 1959

An evaluation of the anterior resection of the rectum and low sigmoid .

WILLIAMS R.D. Ann. Surg. Janv.1966 - 111 - N°1 114-119

Comparaison des résections et des amputations abdomino-périnéales pour cancer du colon pelvien et du rectum .

WILLIAMS - Brit. J. of Surg. - 44 - 506-508 - 1957

The treatment of recurrent carcinoma of the rectum bay high voltage X ray.

WITTOECH and JACKMAN

S.G.O. - 107 - 648-650 - 1958

Results of conservation management of cancer of the rectum in poor-risk patients .
